

行橋市長

殿

年 月 日

国民健康保険 出産育児一時金等支給申請書

被保険者証の記号・番号		
行		
世帯主の住所	郵便番号 —	
世帯主氏名	(フリガナ)	電話番号
	印	— —
妊婦氏名	(フリガナ)	

行橋市国民健康保険条例第4条に基づき、下記のとおり出産育児一時金等支給を申請します。

1 申請額

--	--	--	--	--	--	--	--

 円

2 出産児童 (1) 氏 名 : _____ (男・女)

(2) 生 年 月 日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

(3) 世帯主との続柄: _____

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店(所) 支店(所) ()	預金種別	普通 当 座 ()
	口座番号等 左詰記載して下さい			
口座名義人 (カタカナ)				

上記のとおり申請がありましたので、支給決定してよろしいかお伺いします。

年 月 日

課長	係長	担当

受付者	
-----	--