

様式第 1 号(規格 A4)(第 2 条関係)

出 産 育 児 一 時 金 支 給 申 請 書

被 保 険 者 証 記 号 番 号						世 帯 主 氏 名																											
出 産 を し た 被 保 険 者 氏 名						世帯主との続柄																											
被 保 険 者 個 人 番 号																																	
分 娩 年 月 日		年 月 日				生 産 ・ 死 産 の 別		生 産 ・ 死 産 (満 週)																									
上記のとおりみどり市国民健康保険給付に関する規則第 2 条の規定により申請します。 年 月 日 (宛先) 群馬県みどり市長 世帯主 住 所 氏 名 電 話 個人番号 <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 下記の口座に振り込んでください。 ☐ 公金受取口座を利用する (利用する者は口座情報の記入不要) <table><tr><td rowspan="2">金 融 機 関 名</td><td rowspan="2">振 込 銀 行</td><td colspan="2">銀行・金庫 組合・農協</td><td>口座番号</td><td>普 当</td></tr><tr><td colspan="2">支店 支所</td><td>フリガナ 口座名義人</td><td></td></tr></table>																								金 融 機 関 名	振 込 銀 行	銀行・金庫 組合・農協		口座番号	普 当	支店 支所		フリガナ 口座名義人	
金 融 機 関 名	振 込 銀 行	銀行・金庫 組合・農協		口座番号	普 当																												
		支店 支所		フリガナ 口座名義人																													

受付者	
-----	--