

出 産 育 児 一 時 金 請 求 書		
金 額		円 (支給額 500,000円 代理受取額— 円)
被保険者証の記号番号		
被保険者 (母親)	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	資格取得日	年 月 日
出生児	氏 名	
	生年月日	年 月 日
分娩の状況	正常・早産(第 週)・死産(令和 年 月 日)	
御殿場市国民健康保険条例第5条に規定する出産育児一時金を受けたいので、 上記のとおり請求します。 令和 年 月 日 御 殿 場 市 長 様 請求者(世帯主) 住 所: 御殿場市 氏 名: 電 話:		

振 込 先	金融機関名	銀 行 金 庫 農 協		本 店 支 店
	預金種目	普 通 当 座	口座番号	
	フリガナ			
	名 義 人			

※請求者以外の口座を希望の際は、委任状が必要です。