

出 産 育 児 一 時 金 請 求 書			
金 額 500,000 円			
被保険者証の記号番号			
被保険者 (母親)	氏 名		
	生年月日	昭和 平成	年 月 日
	資格取得日	昭和 平成 令和	年 月 日
出生児	氏 名	男 ・ 女	
	生年月日	平成 令和	年 月 日
分娩の状況	正常・早産(第 週)・死産(平成・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: 印			
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。