

課長	課長補佐	係長	係

様式第3号 (第5条関係)

<p>国民健康保険出産育児一時金支給申請書兼請求書</p> <p>一、金_____円也</p> <p>上記の金額を支給されるよう申請、請求します。</p> <p>ただし、下記の支給決定額のとおり</p> <p>年 月 日</p> <p>世帯主住所 みやま市 瀬高町 山川町 高田町</p> <p>氏名 _____ (印)</p> <p>電話 _____</p> <p>みやま市長 様</p>			
被 保 険 者 番 号		世 帯 主 氏 名	
出 産 し た 被 保 険 者 氏 名	(年 月 日生)	世 帯 主 と の 続 柄	
出 産 の 年 月 日	年 月 日		
出 産 の 状 態	出産 死産 流産(週数 週)		
	単胎 多胎(児)		
国 保 加 入 日	年 月 日 □みやま市国保加入日より6ヶ月未満の出産		
医 療 機 関 等 の 名 称		産科医療補償 制度対象	適・否

1 出産育児一時金支給額の算定を次のとおり決定する。

① 出産育児一時金基準額	② 産科医療補償加算金	③ 医療機関等代理受領額	④ 支給決定額 (①+②-③)
円	円	円	円

2 支払い方法

1 口座振込

		金融機関名・支店名	
		銀行 農協 金庫 組合	支所 支店
種目	口座番号	口座名義人(カタカナ)	
普通 当座			

2 窓口払い
請求受領印

--