

国民健康保険 出産育児一時金請求書

金 円 也

上記の金額を下記により請求します。

年 月 日

〒501-

住 所 郡上市

請求者
(世帯主)

氏 名

電話番号

郡 上 市 長 様

個人番号
記

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号		出 産 し た 被 保 険 者 の 氏 名	
出 産 年 月 日	年 月 日	出 産 し た 被 保 険 者 の 個 人 番 号	
出 産 児 氏 名		性 別 男 ・ 女	世 帯 主 と の 続 柄

備 考	死産及び妊娠中絶等の場合はその月数 妊娠 月
-----	---------------------------

証 明	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 岐阜県郡上市長
-----	---

振 込 先 金 融 機 関	預 金 種 別	口 座 番 号	口 座 名 義 人 (フ リ ガ ナ)
銀 行 信 用 金 庫 農 協 組 合	本 店 支 店 出 張 所 普 通 当 座		

(世帯主と口座名義人が異なる場合)
上記名義人の口座に振り込まれることを承諾します。

年 月 日

世帯主氏名