

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。

平成 年 月 日

〒501-

住 所 郡上市

請求者  
(世帯主)

氏 名

印

電話番号 ( )

郡 上 市 長 様

個人番号  
記

被保険者証の 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。 平成 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 本店 信用金庫 支店 農協 出張所 組合	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。

平成 年 月 日

世帯主氏名

印