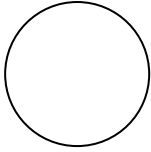


国民健康保険 出産育児一時金 支給申請書  
葬 祭 費

捨印



記号・番号	〔 滋 日 〕		
出産育児諸費	出生児氏名		生年月日 年 月 日
	被保険者(母)氏名		申請人との続柄
葬 祭 費	死亡者氏名		生年月日 年 月 日
	死亡年月日	年 月 日	申請人との続柄
	葬祭執行年月日	年 月 日	
上記のとおり申請します。			
年 月 日 申請人 住 所 日野町 番地 氏 名 ⑩ 電 話 ( ) - 日野町長 様			
払渡希望 機関の名称	信用金庫 本店 農 協 支 店 銀 行 出張所		種別 普通・当座
	(ふりがな) 預金名義人		番号
出生届・死亡届又は住民票により確認		/	確認
情報連携サーバ登録		入力	確認

☆ 出産育児一時金 404,000 円(産科医療補償制度に加入する医療機関等での出産の場合は420,000円)  
 ☆ 葬 祭 費 50,000 円

※申請人は、出産一時金は「世帯主」、葬祭費は「葬祭執行者」でお願いします。  
 ※申請人と払渡先名義人が違う場合、裏面の委任状に署名・印をお願いします。

