

国民健康保険 出産育児一時金 支給申請書
~~葬~~ ~~祭~~ ~~費~~

記号・番号	〔 滋 日 〕			
出産育児諸費	被保険者(母)氏名		申請人との続柄	
	出産年月日	年 月 日		
葬祭費	死亡者氏名	年 月 日	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	死亡の原因	1. 第三者行為(交通事故等) 2. その他(自損事故・疾病等)
上記のとおり申請します。				
年 月 日 住所 〒 日野町 番地 申請人 氏名 _____ 電話 (_____) 個人番号 _____ 日野町長 様				
払渡希望 機関の名称	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する			
		信用金庫	支店 普・当	(_____)
		銀行	支店 普・当	(_____)
		農協	支店 普・当	(_____)
	(ふりがな)			
	預金名義人			
出生届・死亡届又は住民票により確認			確認者印	印

☆ 出産育児一時金 488,000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500,000円)
 ☆ ~~葬祭費~~ 50,000円

※申請人は、出産育児一時金は「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。

委 任 状

私の国民健康保険 出産育児一時金および葬祭費にかかる給
付について、その受領を代理人()に委任
します。

年 月 日

日野町長 殿

住所 日野町 _____ 番地

氏名 _____ 印