

出 産 育 児 一 時 金 支 給 申 請 書

被 保 険 者 号	54 -			受 付	
分 娩 者	氏 名				世 帯 主 の 柄 と 続
	生 年 月 日	昭 和 ・ 平 成 年 月 日			
	個 人 番 号				
分 娩 年 月 日	年 月 日			分 娩 の 種 類	生 産 週 ※死産(妊娠 週)
生 ま れ た 子 の 氏 名			男 ・ 女	世 帯 主 の 柄 と 続	
産 院 等 の 所 在 地 及 び 名 称					
<p>四街道市国民健康保険条例施行規則第23条の2の規定により上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>世帯主 住所 四街道市</p> <p>氏名</p> <p>TEL</p> <p>四街道市長 様</p>					
備 考					
振 込 先	銀 行 名			支 店 名	
	預 金 種 目	普 通 ・ 当 座		口 座 番 号	
	フリガナ 口座名義人				

※死産の場合、他市町村で届け出をしたときは、死産の事実を証明できるものを添付すること。