

出産育児一時金申請兼請求書(残額支給用)

金 額	円
-----	---

但し、中泊町国民健康保険条例第5条による出産育児一時金として

被保険者証番号	中 泊		
世帯主氏名		個人番号	
産婦氏名		個人番号	
出生年月日			
医療機関等名			

振込先 金融機関名	銀行・農協 信金・漁連		本店 支店
預貯金種目	普通	口座番号	
口座名義人	(フリガナ)		
窓口払い	1. 本庁会計課		2. 小泊支所窓口

中泊町長殿

上記のとおり、出産育児一時金の残額の支給申請及び請求をします。

令和 年 月 日

申請及び請求者 住所 中泊町大字
(世帯主)

氏名

(電話番号: - -)

- ※ 申請に必要なもの: 「直接支払制度」を利用する旨の合意文書
 医療機関の領収書・明細書
 口座振込する場合は世帯主の口座番号(預金通帳)
 世帯主と出産者の個人番号および申請者の本人確認書類