|  |  |
| --- | --- |
| 　　　　　　　　**国民健康保険出産育児一時金支給申請書** | 受付印 |
|  |
| 被保険者番号 |  |
| 出産した被保険者 | 氏　名 |  | 出産年月日 | 年　　月　　日 |
| 出産の種別（該当する□をチェックしてください。） | □出産　　□死産等 |
| 出産児 | 氏　名 |  | 申請者との続柄 |  |
| 支給額 | 　\ |

　　※出産児の氏名は、死産、流産又は人工妊娠中絶の場合は、記載は不要です。

尾道市長　様

上記のとおり出産育児一時金の支給を申請します。

 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者（世帯主） | 住　所 | 尾道市　　　　　　 | 　丁目　　　　　　　　番　　　　　号町　　　　　　　　　番地 |
| 氏　名 |  |
| 電話番号 |  |
| 振込先口座 | 金融機関〔ゆうちょ銀行以外〕 |  | 銀行 ・ 金庫組合 ・ 農協  |  | 支店 ・ 支所出張所　　　　 |
| 預金種別 | １　普通　　２　当座３　その他（　　　　） | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義カタカナ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ゆうちょ銀行 | 記号 |  |  |  |  |  | 番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義カタカナ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※世帯主の振込先口座を記入してください。

※健康保険（本人）資格（被保険者期間1年以上）喪失後６か月以内の分娩は、前保険者へ申請してください。