

第1号様式（第3条関係）

上越市国民健康保険出産育児一時金支給申請書

年 月 日

(宛先) 上越市長

申請者(世帯主) 住 所
氏 名
個人番号
電話番号

次のとおり出産育児一時金の支給を申請します。

分娩被保険者の氏名		被保険者証の 記号・番号	
生年月日	年 月 日	個人番号	
分娩年月日	年 月 日		
分娩の区分	生産・死産・流産（妊娠 週）	支給申請額①	円
	単胎・多胎（ 胎）	医療機関等への 直接支払額②	円
分娩医療 機関等の名称		差引受領額③	円
委任状	差引受領額③の欄に記載の額の出産育児一時金の受領を下記の者に委任します。 受任者 住 所 _____ 氏 名 _____ 電話番号 _____ 委任者 申請者 (世帯主) 氏 名 _____		
振込先 (どちらかを選択してください。)	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する。 ※公金受取口座を登録している方に限ります。 (以下の口座名義人の個人番号欄を記入してください。) 口座名義人の個人番号 _____ ※公金受取口座への振込みを希望し、上記にチェックを入れた場合は、以下の口座情報欄の記入は必要ありません。ただし、双方に記入があった場合には、以下の金融機関の口座への振込みを優先します。		
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。(以下の口座情報欄を記入してください。)		
		銀行 信金 農協 労金	本店 支店 出張所
	口座種別	口座番号	(フリガナ) 口座名義人
普通・当座			