

様式第 8

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号		世帯主氏名																						
分 娩 年 月 日	年 月 日																							
分娩者の氏名																								
分 娩 の 種 類	正常、早産(妊娠 か月)、流産(人工流産を含む)、 死産																							
上記のとおり申請します。 年 月 日 住 所 被保険者 (世帯主) 氏 名 個 人 番 号 <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																								
猪苗代町長																								
備考	連絡先	振 込 口 座	金融機関名			店名																		
			種類		口座番号																			
					口座名義人																			
証 明 欄																								
上記のとおり分娩したことを証明します。 年 月 日 住 所 医師又は 助 産 師 氏 名 印																								

備 考

出生届などにより分娩することが確認できる場合には、医師などの証明は必要ありません。