

出 産 育 児 一 時 金 支 給 申 請 書

被保険者証の記号番号		28	042	0			世帯主との続柄				
出産をした被保険者	氏 名					生年月日	年 月 日				
出産年月日		年 月 日			※妊娠12週(85日)以降であれば、死産・流産でも支給されます。 その場合は、医師又は助産師の証明書等を添付してください。						
太子町国民健康保険条例第11条の規定による出産育児一時金											
<table><tr><td>金 額</td><td>¥</td></tr></table>										金 額	¥
金 額	¥										
振込指定口座	銀 行	本 店	口座番号	普通	口座名義人	フリガナ	確 認				
	信用金庫	支 店									
	農 協	出張所									
上 記 の と お り 申 請 し ま す											
令和 年 月 日							母子手帳				
住 所											
届出人(世帯主)氏 名							明細書				
代 理 人 氏 名											
太 子 町 長 様							同意書				
T E L											