

諏訪市国民健康保険出産育児一時金請求書

年 月 日

(宛先)

諏訪市長

世帯主

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

※自署しない場合は、記名押印してください。

出産育児一時金

円

医療機関から交付される直接支払制度を用いていない旨の記載がなされた出産費用の領収・明細書及び必要とされる書類を添え、上記金額を請求します。

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	諏 訪 一
出生児の世帯主との続柄	
出生児の生年月日	年 月 日生
分娩者の氏名・個人番号	
分娩者の生年月日	年 月 日

口座振込希望の金融機関	銀行 組合 金庫 農協	本店 支店 支所	フリガナ	
			口座名義人	
			口座番号	普・当
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は、口座情報の記載は不要）				
※支給される出産育児一時金の受領については、上記口座名義人に委任します。				
世帯主氏名				印

注 世帯主と口座名義人が異なる場合は、※欄に世帯主氏名を署名及び押印してください。

支払日

分娩者の国保加入年月日
年 月 日

国保係 確認	
--------	--