

様式第28号 (第29条関係)

出 産 育 児 一 時 金 支 給 申 請 書

被 保 険 者 証 記 号 番 号					世 帯 主 氏 名																								
出 産 を し た 被 保 険 者 氏 名					世 帯 主 と の 続 柄																								
被 保 険 者 個 人 番 号																													
出 生 児 氏 名					生 産 ・ 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (満 週)																							
出 生 児 生 年 月 日	年 月 日				出 生 児 性 別																								
<p>上記のとおり神川町国民健康保険に関する規則第29条の規定により申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(宛先)</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住 所 _____</p> <p style="text-align: center;">氏 名 _____</p> <p style="text-align: center;">電 話 _____</p> <p style="text-align: center;">個人番号 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><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><td></td><td></td></tr></table></p> <p>下記の口座に振り込んでください。</p>																													
金 融 機 関 名	振 込 銀 行	銀行・金庫 組合・農協			口座番号	普 当																							
		支店 支所			フリガナ 口座名義人																								

受付者	
-----	--