

出産育児一時金支給申請書

被保険者氏名												
個人番号												
出産年月日	年 月 日											
保険者証番号	奈-13						申請人との続柄					
出産育児一時金	円											

振 込 先	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する *下記口座情報の記入不要。 ・振込先に公金受取口座を指定している場合、支給申請後に公金受取口座を変更・登録抹消すると、変更前口座に支給することがあります。 ・公金受取口座を登録していない場合は、マイナーポータルから簡単に登録いただけます。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する *下記口座情報の記入をして下さい。											
	金融機関名							銀行 信用金庫 信用組合 農協				本店 支店 出張所
預金種別	1.普通 2.当座		口座番号									
	3.その他		口座名義人 (カタカナで記入)									

※ ただし、産科医療補償制度に加入している医療機関等で出産の場合は、平群町国民健康保険条例第6条第1項ただし書で定める額を上限として加算する。

上記のとおり申請致します。

年 月 日

住 所

申 請 人
(世帯主)

氏 名

個人番号

連絡先 ()

平 群 町 長 様

役場記入欄	・ 被保険者	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	・ 申請人	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード
		<input type="checkbox"/> 通知カード		<input type="checkbox"/> 通知カード
		<input type="checkbox"/> 住民票		<input type="checkbox"/> 住民票