

国民健康保険
出産育児一時金差額支給申請書

支給決定 令和 年 月 日								
課 長		課長補佐		係 長		係 員		
会計	款	項	目	事業	節	細節	細々節	No.
国保	2	4	1	1	18	1	1	

被 保 険 者 記 号 番 号	小千谷 0 0 0		
被 保 険 者 氏 名			
個 人 番 号			
分 娩 年 月 日	令和 年 月 日	出生児名及び 世帯主との続柄	(続柄)
申 請 金 額	円	分娩医療機関	
どちらかに☑をしてください。 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する。(世帯主の口座に限ります。振込先の記載は不要です。) <input type="checkbox"/> 振込先を指定する。(下記に記載ください。)			
振 込 先	金融機関名	銀行 信用組合 農協 信用金庫 労働金庫	支店 支所
	口座番号	普通 当座 No.	
	フリガナ 口座名義人		

小千谷市長あて
上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世 帯 主	住所	〒 —		
	氏名	個人番号		
		電話番号	()	