

美郷町国民健康保険出産育児一時金請求書

令和 年 月 日

美郷町長 殿

請求者 住所：

氏名：

印

次のとおり出産育児一時金を請求します。

請求金額				円
被保険者番号				
出産した被保険者氏名				
出産年月日	令和	年	月	日
出産・死産の別	出産 ・ 死産			
出産児の氏名・性別	氏名			男 ・ 女
出産に要した費用				円
振込先	金融機関名			
	種別・口座番号	普通 当座		
	(フリガナ)			
	口座名義			

備考

- 1 当該被保険者が出産日現在において美郷町国民健康保険の資格を喪失している場合は適用することができません。
- 2 出産証明書の写し及び出産に要した費用の額を確認できる書類を添えて提出ください。

町記入欄	医療機関への支払額	円
	世帯主への支払額	円