都留市国民健康保険出産育児一時金支給申請書

令和　　年　　月　　日

都留市長　殿

申請者(世帯主)

住　　所　〒402－

都留市

氏　　名

電話番号　　－　　－

記号番号	402－		
分娩年月日	令和　　年　　月　　日		
分娩者氏名 (お母さんの名前)		世帯主との 続　　柄	

口 座 振 替 支 払

支払金額の内容	出産育児一時金　　円	
振込先金融機関	銀　　行 信用金庫 信用組合　　店 農業協同組合	
口 座 番 号	普通 ・ 当座	No.
預金口座名義	住　　所	〒
	フ リ ガ ナ	
	氏　　名	

※世帯主の口座以外を指定する場合にご記入ください。

申請した出産育児一時金の受領を上記口座名義人に委任します。

署 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※　妊娠 12 週（85 日）以降の分娩であれば、死産・流産も対象になります。

※　申請にあたっては、分娩費用明細書など、分娩年月日及び分娩に要した費用が分かる書類を提示または写しを添付してください。