

※ 支給決定致したい。	課 長	係 長	係	合 議
支給金額 円				
決定年月日				
令和 年 月 日				

## 国民健康保険出産育児一時金支給申請書(差額支給用)

被保険者証 の記号番号	岩見沢	被保険者氏名	母 子
申請人から みた続柄		出生年月日	平・令 年 月 日生
分娩医療機関名			
支払方法	現金	口座振込	銀行 金庫 農協 口座番号(普・当 本・支店 フリガナ 口座名義( ) )
<p>上記のとおり岩見沢市国民健康保険条例第5条により、出産育児一時金の支給申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住所 岩見沢市 _____</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____ 印</p> <p style="text-align: center;">電話 _____</p> <p>岩見沢市長様</p>			

受領については、\_\_\_\_\_に委任します。 印

上記申請に基づく出産育児一時金の支給額は下記のとおりである。			受付	担当	確認
審査決定調書					
出産育児一時金	医療機関等への直接支払額	残額			
円	円	円			
※ 支給決定額		円			

支給決定金額のうち \_\_\_\_\_円を国民健康保険料に充当することを了承します。 印