

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

被保険者証記号番号								
出生児関係事項	生まれた子の氏名				続柄			第 子
	分娩年月日	年 月 日			体重	g		
	分娩場所					病院・診療所 自宅・その他		
	母の氏名				資格取得 年月日			
	妊娠週数	満 週 日		分娩の種類	出産・死産(満22週以降) 流産(満12週以降)			
	介助者氏名	医師・助産師・その他						

上記のとおり申請いたします。

年 月 日

世帯主 住所 伊方町
氏名 _____

伊方町長様

証 明 欄

上記のとおり 出生の届け出のあったこと
分娩の事実 を証明いたします。

年 月 日

戸籍事務担当者

医師・助産師

住所 _____

氏名 _____

(伊方町役場に出生の届出がしてあれば証明はいりません。)

上記申請のとおり支給決定してよろしいかお伺いします。

町長	副町長	課長	課長補佐	係長		税務室
/						