国民健康保険出産育児一時金支給申請書

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		税務係