

※記載例

課長	課 員	担当者

決裁 令和 年 月 日

国民健康保険 出産育児一時金 給付申請書

被保険者証の記号番号	大 潟 国 987 号 ※被保険者証の番号
給付対象者	大潟 二郎 ※子どもの名前
個人番号	
給付事由の発生年月日	令和 〇〇 年 〇 月 〇〇 日 ※誕生日
保険給付申請額	円

上記のとおり大潟村国民健康保険条例の規定により、申請いたします。

令和〇〇年〇月〇〇日

大潟村長 高橋 浩人 様

住所 大潟村字中央1丁目1番地1  
世帯主  
氏名 大潟 太郎 (印)  
個人番号

支払金融機関	支払区分	振り込み
	金融機関	1. 秋田銀行 大潟支店 2. 大潟村農協
	口座番号	1 2 3 4 5
	口座名義人	大潟 一郎

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 世帯主 令和〇〇年〇月〇〇日 (申請者)氏名 大潟 太郎 (印)		令和 年 月 日 提出
	代理人の氏名	(フリガナ) オオガタ イロウ 大潟 一郎 (印)	受付日付印
	代理人の住所	郵便番号 010 - 0443 大潟村字 中央1 丁目 1 番地 1	

※代理受領の場合記載して下さい。

