

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 号
給付対象者	
個人番号	
給付事由の発生年月日	令和 年 月 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 年 月 日

大潟村長 高橋 浩人 様

住所 大潟村字 丁目 番地
世帯主
氏名 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	
	口座名義人	

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 年 月 日 (申請者)氏名 印		令和 年 月 日 提出
	代理人の氏名	(フリガナ) 印	受付日付印
	代理人の住所	郵便番号 ー 大潟村字 丁目 番地	