

免 許	バ ス	住 基	保 険	身 障	年 金	開 取	個 人

第5号様式(第10条関係)

受付印

大垣市国民健康保険

出産育児一時金支給申請書

大垣市長様

金 円也

上記の金額を申請します。

年 月 日

申請人(世帯主) 住所 〒

大垣市 町 丁目 番地

氏名

個人番号																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話 ー

振込先金融機関	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する。(利用する場合は口座情報の記入不要) 注) 申請人(世帯主)以外の口座を利用される場合は、必ず口座情報をご記入ください。		
	銀行 金庫 農協	店 所	普・当 口座番号 フリガナ
		店 番	名義人氏名

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号																			
分 娩 日 時	前 年 月 日 午 時 分 後																		
出産したものの 氏 名																			
個 人 番 号																			

台 帳
帳 簿