

出産育児一時金支給申請書

被保険者 記号・番号	茂 第	号	被保険者氏名 (分べん者) 生 年 月 日	年 月 日
世帯主 との続柄	生死産の別	生 産 死	分 べ ん 年 月 日	年 月 日
病院、診療所又は 助産所等の所在地 及び名称	所在地 名 称			

金 額 円

上記のとおり支給申請いたします。

年 月 日

住 所

申請者（世帯主）

氏 名

電話番号

（宛名）茂 原 市 長

受取口座		<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（茂原市内の方のみ） <small>※公金受取口座への振り込みを希望する場合は、以下の振込先についての記載は必要ありませんが、記載があった場合には以下の振込先への振り込みを優先します。</small>		
		<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する（以下に金融機関情報を記入）		
振 込 先	金融機関名称	銀 行 名	支 店 名	口 座 番 号
	(フリガナ) 口座名義人			普・当・貯

※ 注) 申請者と口座名義人は同一人となります。

市 処 理 欄	事 実 確 認	他健保等からの給付	受 付 場 所
	<input type="checkbox"/> 市民課確認（ 年 月 日届出） <input type="checkbox"/> 母子健康手帳（写し要添付） <input type="checkbox"/> 医師、助産師の証明 <input type="checkbox"/> その他（ ）	否 ・ 可	国保年金課 ・ 本納支所
		給付区分入力	備 考
		済 ・ 未	