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	生死	産	分 ベ 年 月	ん 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 ⁵ 名 和	地							

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

(宛先) 茂原市長

	受取口座	□公金受取口座を利用する (茂原市内の方のみ)					
		※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					
又以口座		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。					
		□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			
				普・当・貯			
	(フリガナ)						
	口座名義人						

※ 注)申請者と口座名義人は同一人となります。

+	事 実 確 認		他健保等からの給付	受 付 場 所		
市処	□市民課確認(年月	日届出)	否 • 可	国保年金課 • 本納支所		
	□母子健康手帳(写し要添付)		☆ ∧ / L □	/++: - 1 7.		
理欄	□医師、助産師の証明		給付区分入力	備考		
		`	済 ・ 未			
	□その他()	済 ・ 未			