

様式第16号（第3条関係）

国民健康保険出産育児一時金支給請求書

年 月 日

島田市長

住所
氏名
電話番号
個人番号
世帯主 印

次のとおり出産育児一時金の支給を受けたいので、請求します。

請求金額	円		
被保険者記号・番号			
出産者である被保険者の氏名		世帯主との続柄	
出生児の氏名			
出産年月日	年 月 日		
生産又は死産の別	生産	死産（妊娠85日（4月）以上）	
直接支払制度の利用の有無	有（金額	円）	無

委任欄	本請求に基づく金額の受領を代理人に委任します。	
	(世帯主) 氏名	印
	(代理人) 住所 氏名	印

公金受取口座への支給希望		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無（無の場合は、以下の欄に記入）		
口座振込先金融機関名	銀行 信用金庫 農協 労働金庫	本店 支店 出張所	普通	フリガナ 口座名義人
			当座	口座番号