

国民健康保険出産育児一時金支給申請書									
支給額 _____ 円									
上記金額を支給されるよう申請します。 ただし下記内訳のとおり									
年 月 日									
世帯主住所 _____									
氏 名 _____ 個人番号 _____									
電 話 番 号 _____									
(提出先) 川越市長									
受 取 口 座		<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）。 ※ご自身で公金受取口座をマイナポータル上にて登録している方に限ります。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。							
振 込 先		金 融 機 関		銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合		(フリガナ) 口 座 名 義 人			
		口 座 種 別		普通・当座・その他 ( )		口 座 番 号			
被 保 険 者 記 号 ・ 番 号				世 帯 主 氏 名					
出 産 し た 被保険者氏名				個 人 番 号		世帯主との 続 柄			
出産の年月日		年 月 日		支払種別 (出生前の請求は、貸付けとなります。)				支給・貸付け	
出 産 の 週 ( 日 ) 数		週 ( 日 )							
世帯主以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。									
委任状 年 月 日									
国民健康保険出産育児一時金の受領を下記の代理人に委任します。									
世帯主氏名 _____									
代理人住所 _____									
代理人氏名 _____ 個人番号 _____									
確 認		1 住民異動届による 2 確認者氏名							

【申請書の提出場所】  
国民健康保険課（郵送可）、各市民センター又は川越駅西口連絡所（平日のみ）

受付印	
保険税滞納	有 ・ 無
受付担当者	