

様式第5号(第17条関係)

出 産 育 児 一 時 金 請 求 書					
由布市国民健康保険条例第3条の規定による出産育児一時金を請求します。					
保 険 証 記 号 番 号		出 産 者 氏 名		個人番号	
出 産 年 月 日	年 月 日	出 生 氏 名			
出 産 区 分	生 産 ・ 流 産 ・ 死 産	添 付 書 類		母子健康手帳の写し等	
備 考					
<p>一金 円也</p> <p>由 布 市 長 様</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>世帯主住所 由布市 番地</p> <p>世帯主氏名 ⑩</p> <p>個人番号</p> <p>連絡先</p> <p>代理申請者住所 由布市 番地</p> <p>代理申請者氏名 ⑩</p> <p>世帯主との関係 ()</p> <p>連絡先</p>					
受 取 方 法	<p>ア 口座振込(金融機関名 銀行 農協等)</p> <p style="text-align: center;">銀行</p> <p style="text-align: center;">金庫</p> <p style="text-align: center;">組合</p> <p style="text-align: center;">農協</p> <p style="text-align: center;">本店 (普通)</p> <p style="text-align: center;">支店 (-----)</p> <p style="text-align: center;">当座)</p> <p style="text-align: center;">フリガナ 名 義()</p>				イ 直 接 払
委任払制度適用の有無			適用を(受ける ・ 受けない)		