様式第５号の１（第６条関係）

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

被保険者 記号番号	島93	（枝番）	世帯主 氏名	
分娩者 氏名			分娩 年月日	年　月　日
分娩者 個人番号				
分娩の種類	正常・早産（妊娠　　箇月）・流産（人工流産も含む。）・死産			
振込口座	□公金振込口座を利用する（口座情報の記入不要）			
	□振込口座を指定する			
振込先 金融機関名 口座番号	銀行 信用金庫　本店 労働金庫　支店 農業協同組合　支所		ふりがな 口座名義人の氏名 口座番号	

（注）振込先金融機関・口座番号等は世帯主のものを記入してください。

上記のとおり領収書の写しを添えて申請します。

年　月　日

〒960－

住　所　伊達市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

世帯主

氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号（　　－　　－　　）

伊達市長

個人番号

※　出生届などにより分娩したことが確認できる場合は、医師などの証明は必要ありません。

証明欄
上記のとおり分娩したことを証明します。 年　月　日 医師又は助産師　住所 氏名

受付担当者記入欄			
窓口受付 担当者印		窓口に来られた方	確認書類
		世帯主・同一世帯員 それ以外の方（要委任状）	マイナンバーカード・免許証 その他（　　）