

出産育児一時金支給申請書

年 月 日

高山村長 様

住 所 _____

申請者 氏 名 _____

連絡先 _____

被保険者証	記号	番号	枝番	世帯主	
出 産 育 児 一 時 金	分娩者氏名			乳幼児氏名	
	分娩年月日	年 月 日		生産・死産	
	医療機関等			産科医療補償制度の加入	有・無
支 給 申 請 額 (いずれかに ○を付ける)	産科医療補償制度に加入する医療機関等での出産の場合				
	500,000円 ・ 500,000円に満たない場合 (差額 _____ 円)				
産科医療補償制度に加入していない医療機関等での出産の場合					
488,000円 ・ 488,000円に満たない場合 (差額 _____ 円)					
振込先	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協		支店名	本店・支店・本所・支所
	カナ			預金種別	普通・当座
	名義人			口座番号	

市町村 確認欄	課長	参事	補佐	係長	担当	資格・証明書等確認