

国民健康保険出産育児一時金支給申請・請求書
(受領委任払い用)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 記 号 番 号		世 帯 主 名		
	出 産 す る 被 保 険 者 名		生 年 月 日		
	世帯主の住所				
	入 院 す る	名 称			
	医 療 機 関	所 在 地			
	被保険者に対する支払方法(受領委任払い額 が、東彼杵町国民健康保険条例第5条第1項 に規定する額に満たない場合)	口座振込 ・ 窓口払い			
	金融機関名	支 店 名	預金種別	口座番号	口座名義人(フリガナ)

※ 受 取 代 理 人 の 欄	甲 () は、医療機関等である乙 () を代理人と定め、次の権限を委任する。 甲が請求する出産育児一時金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用(た だし、東彼杵町国民健康保険条例第5条第1項に規定する額を上限とする。)の額の受 領に関する事。				
	(元号)	年	月	日	
	甲(世帯主)の住所			氏名	印
	乙(代理人)の住所			氏名	印
受取代理人に対する支払金融機関の欄					
金融機関名	支 店 名	預金種別	口座番号	口座名義人(フリガナ)	

上記のとおり申請・請求します。

(元号) 年 月 日
世帯主 住所
氏名 印

長崎県東彼杵郡東彼杵町長 様