

課(所)長	課長補佐	主査	担当	処 理 事 項				
				資 格 取得届		資 格 確認証		受 理

出 産 育 児 一 時 金 支 給 申 請 書

年度	金	拾	万	千	百	拾	円

千葉県国民健康保険条例施行規則第20条の2第1項の規定により出産育児一時金を下記のとおり申請します。

年 月 日

申請者 ふりがな 氏 名

(世帯主
又は受任者) (千 ー)

住 所

日中連絡できる電話番号 ー ー

連絡先電子メールアドレス @

(あて先) 千葉市長

出産の届出済なることを証明する。

被保険者 記号 番号		分娩年月日	年 月 日
出産した被保険者 氏名・生年月日		分娩区分	正常・死産・流産
	年 月 日		1 2 3
世帯主との続柄 (世帯主から見て)		出産児の 性別	男 ・ 女 1 2
出産に立ち会った 医師又は助産師	住所	氏名	

市民センター
総合窓口
課長

振 込 先	銀行名/コード		支店名/コード	支店
	口座番号		預金種別	1 普通 2 当座 4 貯蓄 0 窓口払
	口座名義人	姓と名の間は1マスあけ、カタカナ(左づめ)で記入して下さい。		

※振込先は、世帯主の口座及び口座番号を記入して下さい。

※太わくの中のみ記載して下さい。

一時金の額(a)	代理受取額(b)	請求金額(a)-(b)	受付所属名