

出産育児一時金請求書					
金 額	円				
ただし、浜松市国民健康保険条例第5条による出産育児一時金					
被保険者証 記号・番号		分娩の 年月日	令和	年	月 日
出 産 者 氏 名					
被 保 険 者 資 格	有 ・ 無	生 産 ・ 死 産 の 別	生 ・ 死	(妊娠満 週)	(妊娠満 箇月)
出産届又は死産届の受理日			令和	年	月 日
			受付者		

上記の金額を請求します。	
令和	年 月 日
世帯主	住所 浜松市 区 (マンション名・室番号等)
氏 名	(電話番号) () -
(あて先) 浜松市長	
出 産 前 6 箇 月 以 内 の 他 保 険 離 脱	無 ・ 有 令和 年 月 日 他保険本人(1年以上・1年未満) 他保険の扶養・他の国保 離脱

委 任 届	※世帯主以外の口座に振込依頼する人だけ記入してください。(自署でない場合は押印してください。)	
	上記により支給される金額の受領を下記受任者に委任します。	
	受任者	住所 (マンション名・室番号等)
	氏 名	(委任者との続柄)
	住所 浜松市 区	委任者 (マンション名・室番号等) (世帯主)
	氏 名	

世帯主(受任者) 名義の預金口座	銀 行 信用金庫 農 協	本 店 営業部 支店・支所	普通預金 当座預金	口座番号
口座名義(カナ)				口座連絡依頼済