

様式第2号

出産育児一時金受領委任払申請書

年 月 日

三木市長様

住所

委任申請者 氏名 ⑩

(世帯主) 電話 () -

出産育児一時金の受領委任払を受けたいので、三木市国民健康保険出産育児一時金受領委任払実施要綱第5条の規定に基づき、次のとおり申請します。

被保険者番号			
出産予定の 被保険者	氏名		世帯主との関係
	生年月日		
	資格取得年月日		
出産予定日	年 月 日		
添付書類	(1) 出産予定日まで1か月以内であることを証する書類 (2) 妊娠12週以上であること及び出産に要する費用について医療機関から請求を受けたことを証する書類		

医療機関等同意欄	
上記の出産育児一時金受領の権限を受任することを同意します。	
平成	年 月 日
所在地	
名称	
代表者名	⑩
電話番号	

上記申込のとおり、受領委任払を承認してよろしいか。

受付番号	
決定日	年 月 日
決定	

決裁	課長	G長	担当