

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 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			

※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。

委任者
住所
(マンション名・室番号等)

受任者
氏名
.....
(委任者との続柄)

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