

様式第7

国民健康保険出産育児一時金・葬祭費支給申請書

令和 年 月 日

稲沢市長 殿

世帯主 住 所 稲沢市  
氏 名  
電 話

(世帯主と喪主が異なる場合)

喪主 住 所  
氏 名  
電 話

次のとおり国民健康保険出産育児一時金・葬祭費の申請をします。

出 産 育 児 一 時 金				葬 祭 費			
被保険者証の 記 号 番 号	—			被保険者証の 記 号 番 号	—		
出 生 児 生 年 月 日	令和	年	月 日	死 亡 年 月 日	令和	年	月 日
出 生 児 氏 名		性別	男女	死 亡 者 氏 名		性別	男女
世 帯 主 と の 続 柄				死 亡 者 生 年 月 日	昭 平 令	年	月 日
分 娩 者 氏 名				世 帯 主 と の 続 柄			
分 娩 の 種 類	生 産 ・ 死 産 ( か 月 )			支 給 額	円		
支 給 額	円			※ <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> その他			
	内 訳 直接払 円 差 額 円						

口座名義人 (世帯主または喪主)	金 融 機 関 名	店 舗 名	預 金 種 別	口 座 番 号
(フリガナ)	銀行 農協 信用金庫	店 支店 出張所	普通 当座	

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。