様式第12(第8条関係)

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

被保険者の記号・番号	島４９－	世帯主氏名			
分娩年月日	平成　　年　　月　　日				
出産児の氏名		性別	男・女	世帯主との続柄	
分娩者の氏名					
分娩の種類	正常、　早産(妊娠　　か月)、　流産(人工流産を含む)、　死産				

上記のとおり申請いたします。

平成　　年　　月　　日

住所　福島県河沼郡柳津町

被保険者
(世帯主)　　大字　　字　　番地

氏名　　印

柳　津　町　長　様

証　明　欄

上記のとおり分娩したことを証明します。

平成　　年　　月　　日

住所

医師又は
助産婦

氏名　　印

備　考

出生届などにより分娩することが確認できる場合には、医師などの証明は必要ありません。