

別記様式第19号 (第24条関係)

事実確認	決裁	部長	係長	決定	可		支給
資格確認		課長	係	否	(理由)		
出産育児一時金支給申請書							
被保険者証 記号番号	木津川	世 帯 主	住 所	木津川市			
			氏 名				
出 産 育 児 一 時 金 申 請 金 額				円			
出産した 被保険者	氏 名			生 月 日	年 月 日		
	世 帯 主 と の 続 柄						
出 生 年 月 日				年 月 日			
出産・死産の別	生産・死産		出産月数				

上記のとおり申請します。

木津川市長 宛て

年 月 日

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

出産した被保険者との続柄 ()

電 話 自 宅 一 一
連絡先 一 一

振込先 口 座	銀 行 信用金庫 農 協	店	フリガナ	
			名 義 人	
普 通・当 座・ その他の ()	口 座 番 号			

(注) この申請書には、分娩を証する書類及び産科医療保障制度対象分娩の場合は、それを証明する分娩機関の書類を添付してください。