

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 年 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 _____ ④

出産した被保険者との続柄 ()

電 話 自 宅 _____
 連絡先 _____

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

(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。