

様式第1号(第4条関係)

大和町国民健康保険出産育児一時金受領委任払承認申請書

年 月 日

大和町長 殿

世帯主

住 所：大和町

氏 名：

電 話：

出産育児一時金の全部又は一部の受領を下記のとおり同意した医療機関等に委任したいので、承認願います。

- 1 被保険者証記号番号 み和 A
- 2 出産(予定)者氏名 _____
- 3 出産(予定)日 _____年 ____月 ____日

委 任 状

委任者(世帯主)

住 所

氏 名

出産費の支払に充てるため、出産育児一時金の受領の権限を下記の医療機関等に委任します。

【医療機関等記入欄】

同 意 書

受任者(医療機関等)

所在地

名 称

代表者

印

(電話 _____)

上記の委任について受任します。

(注1) この申請書は、出産予定日の1か月前から提出できます。母子手帳の写も提出願います(出産予定日が確認できるもの)。

(注2) 国民健康保険被保険者証の写を添えて提出願います。

(注3) この届出内容に変更がある場合は速やかに、様式第6号(第9条関係)を提出願います。

※届出者が世帯主と異なる場合は、下記に記入願います。

届出者	<input type="checkbox"/> 世帯員	氏名	住所 <input type="checkbox"/> 同上
	<input type="checkbox"/> その他 ()		電話番号