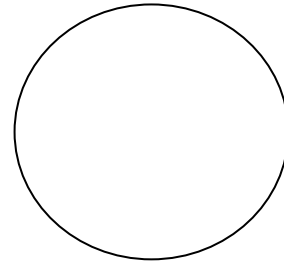


課 長	取 扱 者	産科医療補償制度 該当	産科医療補償制度 非該当
		420,000円	408,000円



出産育児一時金支給申請書

被保険者証記号番号	香川45-		
分娩者氏名			
分娩年月日	年 月 日		
世帯主と分娩者との続柄	本人・妻・子・子の妻・子の子・子の子の妻・その他()		
振込先	金融機関名		支店名
	普・当	口座 番号	名義人
			ナガナ

委任状 (上記振込先が世帯主以外の場合)

私は、受任者.....を代理人と定め、出産育児一時金の受領に関する一切の権限を委任します。

令和 年 月 日

委任者住所 さぬき市.....

委任者氏名.....

上記のとおり申請します。

さぬき市長 殿

令和 年 月 日

世帯主住所 さぬき市.....

世帯主氏名.....

電話番号.....

申請書提出時には、**出産費用の領収・明細書、直接支払制度合意文書、保険証、振込先通帳**をご持参ください。 ※添付書類 **出産費用の領収・明細書、直接支払制度合意文書**