

被保険者証の番号	南魚沼	分娩した 被保険者氏名	
分娩年月日	年 月 日 出産・死産・その他	医療機関名	
・直接支払制度利用           有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ・産科医療保障制度加入   有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	※出産育児一時金は産科医療保障制度「有」の場合は50万円、「無」の場合は48万8000円です。 ※医療機関から交付された明細書の写しを必ず添付してください。		

出産育児一時金	¥					
出産費用	¥					
申請金額	¥					

振込金融機関	名 称	( 支店)		
	種 別	普通・当座	番 号	
	口座名義人	フリガナ		

上記のとおり申請します。  
 なお、受領の権限を\_\_\_\_\_に委任します。  
 (※ 上記委任欄は口座名義人が世帯主と異なる場合に記入してください。)

令和 年 月 日

〒949-\_\_\_\_\_

世帯主 住 所 南魚沼市\_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞ (自署の場合は押印不要)

生年月日 年 月 日

南魚沼市長 宛 電 話 ( )

.....下記の欄は、記入しないでください.....  
 上記申請のとおり支給してよいか伺います。

番号	決裁年月日	課長	係長	係	受付年月日	受付者