様式第1号(第3条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 国民健康保険出産育児一時金受領委任届  年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 粕屋町長　殿 | | | | | | | | | | | | | (世帯主住所・氏名)  (住所)  (氏名)　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | |
| 出産育児一時金の受領については、本書のとおり受領委任しましたので届出します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 被保険者証記号番号 | | 6 | | | 1 | | | ― | |  |  | | |  |  |  |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 出産する被保険者の氏名生年月日 | | | | | | フリガナ | | | | | | | | | 昭和・平成　　年　　月　　日  (世帯主との続柄　　　　　　) | | | | |  |
|  | | | | | | | | |
| 出産予定年月日 | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | ※出産予定日の2ヶ月前から届出ができます。 | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 委任欄 | 出産育児一時金の受領に関する一切の権限を出産費用総額を限度として、下記の医療機関等に委任します。  　　　　　　　年　　　月　　　日  委任者(世帯主)　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 受任又は承諾欄 | 上記のことを承諾しました。  　　　　　　　医療機関等所在地  　　　　　　　　　　　　名称  　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 金融機関名　　　　　　　　　　　　　銀行・農協　　　　　　　　本店・支店 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 債権者口座 | | | 種類・番号 | | | | | 普通・当座 | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 口座名義人  (氏名) | | | | |  | | | | | | | | | | |
| ※郵便局は取扱いできません。なお、債権者口座名義人は代表者氏名と同一です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 処理欄 | 課長 | | 課長補佐 | | | | 係長 | | 係員 | | | | 決裁 | | | | | 受付印 | |  |
|  | |  | | | |  | |  | | | | 年　　月　　日起案 | | | | |  | |
| 年　　月　　日決裁 | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |