様式第2号(第3条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 国民健康保険出産育児一時金受領委任届(控)  年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 粕屋町長　殿 | | | | | | | | | | | (世帯主住所・氏名)  (住所)  (氏名)　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | |
| 本書のとおり出産育児一時金受領委任届を受理いたしました。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 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 | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | 受付印 | |  |
|  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |