

出 産 育 児 一 時 金 支 給 申 請 書						
支 給 額	加 算 額			受 付 印		
408,000 円	産科医療補償制度加入の分娩機関 ^{ぶんべん} での出産 <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない 12,000 円 (登録証の御提示をお願いします。)					
被保険者の記号番号	記号	3 9 -	番号		枝番	
出産年月日	年 月 日					
出産者氏名						出産貸付け 有り・無し
個人番号						
分娩機関等	名 称					登録証 等確認
	所在地					
受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する場合は口座振込依頼欄の御記入は不要です。) <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する (口座振込依頼欄の御記入をお願いします。)					
口座振込依頼欄	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合			支店	普通 当座
	口座番号	フリガナ			
上記のとおり申請します。 西東京市長 宛 年 月 日 世帯主 住所 _____ 氏名 _____ 電話 - - _____						
職 員	番号確認書類	個人番号カード・通知カード・その他 ()				
記 入 欄	本人確認書類	免許証・住基カード・旅券・保険証・その他 ()				

◎公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。