

不当利得返還同意書(出産育児一時金)

多摩市長 宛

私は出産育児一時金を申請し受領しましたが、出産した者が出産日に遡って多摩市国民健康保険の資格を喪失した場合は、受領した出産育児一時金を返還することに同意します。

同意した年月日 _____ 年 月 日

世帯主氏名 _____ (署名又は記名押印)

世帯主住所 〒 _____

平日日中連絡の取れる電話番号 _____

出産した人の氏名 _____

出産した人のパスポートと同一サイン _____

出産年月日 _____ 年 月 日