

決	理事長	常務理事	事務長	次長	担当者	台帳番号	第 号
						支給額	円
裁	令和 年 月 日					不支給事由	
	右のとおり決定してよろしいか。						

## 国民健康保険出産育児一時金請求書

① 一 金 円 也					組合員の振込依頼銀行名、口座番号、名義を記入してください。		銀行 店		
					普通当座 No.		名義		
※ 組合員 准組合員		の被保険者証		記号	医	番号			
被保険者の個人番号									
※ 組合員 准組合員		の住所及び氏名					住所		氏名
出生児 関係事項	分娩の日時	令和 年 月 日					午前	時	分
	出生児氏名				性別	男・女	続柄		
	分娩者の氏名						続柄		
	分娩の種類	生産・死産(妊娠 月)							
出産に立会った医師 または助産師の証明		上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日  医師または助産師 の住所・氏名							

(注) 産科医療補償制度加入医療機関で出産した場合は、同制度加入の証明を余白に押印するか、添付してください。

上記の金額を請求いたします。

令和 年 月 日

住所  
組合員  
氏名

①

茨城県医師国民健康保険組合理事長 殿

理 事 会 審 査 決 定

令和 年度	款	保険給付費	項	出産育児諸費	目	出産育児一時金	節	負担金補助 及び交付金
支給決定額		金	拾	万	千	百	拾	円
理 事 会 決 定			令和 年 月 日			(担当理事決裁印)		

(注) ※印欄の組合員・准組合員については該当する何れかに○印をつけてください。