様式第23

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

**国民健康保険出産育児一時金請求書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ㊞ | | 一 金　　　　　　　円 也 | | | | 組合員の振込依  頼銀行名・口座  番号を記入して  下さい。 | | | 銀行 | | | | | | | | | | | 本  支 | | 店 | |
| 普通  当座 | | | № | | | | | | | | | | | |
| 名義 | | |  | | | | | | | | | | | |
| ※ | 組 合 員  准組合員 | | の被保者記号・番号 | 記　号 | **医** | | 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  午後 | | | 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　　　　　カ月） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 ㊞

**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。