

決	理事長	常務理事	事務長	会計課長	担当者	台帳番号	第 号	
						支給額	円	
裁	平成 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		請求者の振込依頼銀行名、口座番号、名義を記入して下さい。		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	
※組合員 准組合員	の住所及び氏名	住所			氏名
出生児	分娩の日時	平成 年 月 日	午前	時	分
	出生児氏名		性別	男・女	続柄
関係事項	分娩者の氏名				続柄
	分娩の種類	生産・死産（妊娠 ヵ月）			
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。 平成 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、添付して下さい。

上記の金額を請求いたします。

平成 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

平成 年度	款	保険給付費	項	出 産 育 児 費	目	出 産 育 児 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			平成 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○印をつけて下さい。