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。