

# 国民健康保険出産育児一時金請求書

① 一金 円也		振込依頼銀行名	銀行		本店		
		普通・当座 口座No.		名義人(組合員)カタカナ			
被保険者証	記号	歯	番号				
	個人番号						
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	年	月	日	午前 午後	時	分
	出生児氏名			性別	男・女	組合員 との 続柄	
	分娩者の氏名						
	分娩の種類	出産・死産(妊娠 月)					
出産に立ち会った医師 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					①

上記の金額を請求いたします

年 月 日

請求者 住所  
(組合員) 氏名

①

茨城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

(注) この請求書提出の際は、出産費用の領収明細書(写)を添えて提出願います。

## 給付決定支出命令書

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
支出命令	金	拾	万	千	百	拾	円	
決定	年	月	日	理事会	理事長		常務 理事	
送金	年	月	日	振込	事務長		担当	