

国民健康保険出産育児一時金請求書

振込依頼銀行名 普通・当座 口座No.		銀行		本店支				
		名義人(組合員)カタカナ						
① 一金 円也		記号	歯	番号				
被保険者証		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。 年 月 日 医師または助産師の住所・氏名						

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

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	

<個人番号の利用について>

当組合は、被保険者及び被扶養者の個人番号を、番号法別表第三十項「国民健康保険法による保険給付の支給、保険料の徴収又は保険事業の実施に関する事務」において適用、給付及び徴収業務で使用します。

※組合が業務上知り得た個人情報、組合業務の目的以外に使用することはありません。