

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 番 号	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。 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

住 所
請求者
(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 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。