

理事長	常務理事	事務長	事務担当

様式第24号

出産育児一時金請求書

金

被保険者証の 個人番号	記号	番号	(フリガナ) 分娩被保険者 氏名		
分娩年月日	令和 年 月 日		生産・死産の別	生産・死産 / 満 週 日	
(フリガナ) 新生児氏名				組合員との 続柄	
出産を介助した医師 又は助産師の証明*	所在地 氏名				印

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日
組合員住所 〒

氏名 印

栃木県医師国民健康保険組合理事長 殿

送金依頼書

上記金額を 銀行 支店 名義 (フリガナ) 普通・当座 口座番号

へ振り込まれたく依頼します。

令和 年 月 日
組合員住所 〒

組合員氏名 印

組合員個人番号

栃木県医師国民健康保険組合理事長 殿

* 医師または助産師の証明を受けてください。

* 領収書の(写し可)を添えて下さい。

* 死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、新生児氏名の記載は不要です。

} 差額請求の場合は不要です。