

# 記入例

理事長	常務理事	事務長	事務担当

様式第24号

12ケタのマイナンバー(個人番号)を、 ご記入ください。		<h2>出産育児一時金請求書</h2>	
		<h3>医師国保記入欄</h3>	
被保険者証の 記号	番号	(フリガナ) 分娩被保険者 氏名	コクホ ハナコ
0	0031001	氏名	国保 花子
被保険者の 個人番号	1 2 3 4 5 9 6 7 8 9 0 1 1	生産・死産の別	<b>生産</b> 死産 / 満 39 週 日
分娩年月日	令和 2 年 4 月 1 日	(フリガナ) 新生児氏名	組合員との 続柄
	コクホ マナブ	国保 学	子
出産を介助した医師 又は助産師の証明*	所在地 氏名	〒320-0011 宇都宮市駒生町3000-1 駒生医院 医師 太郎	<b>医師</b> 印
上記のとおり請求します。			
令和 2 年 4 月 1 日			
組合員住所 〒999-9999 ○○市○○町○○番地			
氏名 国保 次郎			
栃木県医師国民健康保険組合理事長 殿			
送金依頼書			
(ふりがな) 普通・当座			
上記金額を	○○ 銀行	△△ 支店 名義 国保 次郎	口座番号 1234567
へ振り込まれたく依頼します。			
令和 年 月 日			
組合員住所 〒999-9999 ○○市○○町○○番地			
組合員氏名 国保 次郎			
組合員個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 1			
12ケタのマイナンバー(個人番号)を、 ご記入ください。			
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。