

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。				出産育児一時金請求書			
				医師国保記入欄			
被保険者証の記号	05	番号	0031001	(フリガナ)	コクホ ハナコ		
被保険者の個人番号	1 2 3 4 5 9 6 7 8 9 0 1 1	分娩被保険者氏名	国保 花子				
分娩年月日	令和 2 年 4 月 1 日			生産・死産の別	生産 死産 / 満 39 週 日		
(フリガナ) 新生児氏名	コクホ マナブ			組合員との続柄	子		
	国保 学						
出産を介助した医師 又は助産師の証明*	所在地	〒320-0011 宇都宮市駒生町3000-1 駒生医院			医師 太郎	医師印	
	氏名						
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							
国保印							
送金依頼書							
振込先を1か2どちらかお選びください							
1. <input type="checkbox"/> 上記金額を下記口座へ振り込まれたく依頼します。							
(ふりがな) 普通・当座							
銀行 支店 名義 口座番号							
2. <input type="checkbox"/> 公的受取口座を利用します。*公的受取口座を利用する場合、個人番号を記入する必要があります。							
個人番号 _____							
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							
栃木県医師国民健康保険組合理事長 殿							
国保印							

* 医師または助産師の証明を受けてください。 } 差額請求の場合は不要です。
* 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。