

令和 年 月 日

出産育児一時金等請求取下げ依頼書

島根県国民健康保険団体連合会 御中

保険医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名
電話番号

下記理由により、出産育児一時金等代理申請・受取請求書【正常分娩・異常分娩】を取下げ願います。

| | | | | | |
|----------|-------|---------|---------------|-------|--|
| 医療機関等コード | | | | | |
| 分娩機関管理番号 | | | | | |
| 請求年月 | 年 月 | 本人・家族区分 | 1 : 本人 5 : 家族 | | |
| 保険者番号 | | 記号 | | 番号 | |
| フリガナ | | | | | |
| 妊婦氏名 | | | | | |
| 生年月日 | 3 : 昭 | 4 : 平 | 5 : 令 | 年 月 日 | |
| 出産年月日 | 4 : 平 | 5 : 令 | 年 月 日 | | |
| 出産数 | | | | | |
| 妊婦合計負担額 | | | | | |
| 代理受取額 | | | | | |
| 請求取下げ理由 | | | | | |
| 備考 | | | | | |