令和　　年　　月　　日

出産育児一時金等請求取下げ依頼書

　新潟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・受取請求書を取下げ願います。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関コード |  | | | | | |
| 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　　年　　月　　日 | | | | | |
| 出産年月日 | 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 |  | | | | | |