

令和 年 月 日

出産育児一時金等請求取下げ依頼書

長崎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 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					