

令和 年 月 日

出産育児一時金等返付依頼書

御中

長崎県国民健康保険団体連合会

すでに送付済みの下記の出産育児一時金等代理申請・受取請求書について、医療機関から請求取下げの依頼がありましたので、出産育児一時金等返付書に当該出産育児一時金等連名簿（写）を添付のうえ、ご送付くださるようお願い申し上げます。

なお、過誤依頼済み等により当該出産育児一時金等連名簿（写）の返付が困難な場合は、出産育児一時金等返付書の摘要欄にその旨をご記入いただき、出産育児一時金等返付書のみご送付くださるようお願い申し上げます。

整理番号			
医療機関コード			
医療機関名			
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
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			
返付理由			