

令和 年 月 日

出産育児一時金等返付書

長崎県国民健康保険団体連合会 御中

令和 年 月 日に依頼のあった下記の出産育児一時金等連名簿（写）について、別添のとおり送付します。

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	平成・令和 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 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	円		
代理受取額	円		
摘要	1 年 月 過誤依頼済（保険の資格喪失の為） 2 該当者なし 3 その他（ ）		