

令和 年 月 日

出産育児一時金等請求取下げ依頼書

福岡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	4	0							
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									