

出産育児一時金等請求書類提出票

平成 年 月 日 (月提出分)

医療機関等コード									
4	0								

提出者名

医療機関等名称		
	病院	診療所
	医院	クリニック
	助産所	

受付印()

紙請求	電子請求媒体	
件	FD	枚
	MO	
	CD	

国保連使用欄

紙請求の場合は、集計票の「取扱件数」を記入してください。

福岡県国民健康保険団体連合会