

令和 年 月 日

## 出産育児一時金等過誤依頼書

福岡県国民健康保険団体連合会 御中

保険者番号

下記の理由(○印)により過誤調整を依頼いたします。

医療機関等コード	
該当者	被保険者証記号・番号( ) 妊婦氏名(カナ) ( )
理由コード	過誤内容
1	転出年月日(平成・令和 年 月 日) 転出先市区町村名( ) ※転出先(市区町村)連絡(了解)年月日(令和 年 月 日)
2	生活保護適用 ①喪失年月日(平成・令和 年 月 日)
3	社会保険適用(他社保分含む) ①喪失年月日(平成・令和 年 月 日) ②該当先保険者番号( ) ③該当先保険者名称( )
4	国民健康保険適用(他国保分含む) ①喪失年月日(平成・令和 年 月 日) ②該当先保険者番号( ) ③該当先保険者名称( )
5	一般国民健康保険該当
6	退職者医療制度該当
7	被保険者証有効期限切れ(資格喪失) ①喪失年月日(平成・令和 年 月 日) ②証回収年月日(平成・令和 年 月 日) ③更新後被保険者証記号・番号( )
8	保険医療機関等からの取下げ依頼による
9	被保険者証記号・番号、妊婦氏名、生年月日誤り
10	妊婦該当者なし
11	直接支払制度対象外 (直接支払制度希望外など)
12	重複請求
13	健康保険法第106条該当 ※「健康保険法第106条該当」とは資格喪失後に出産育児一時金等の給付を受けることができる者である ①該当先保険者番号( ) ②該当先保険者名( ) ③該当先被保険者証記号・番号( ) ④該当者住所( ) ⑤該当先保険者連絡年月日(令和 年 月 日) ⑥該当先保険者担当者名( 様)
14	その他( )

※保険医療機関等連絡年月日 令和 年 月 日

(担当者名 様)