

出産育児一時金等請求書類提出票

令和 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