

令和 年 月 日

出産育児一時金等過誤申出書

福岡県国民健康保険団体連合会 御中

保険者番号 _____

保 険 者 名 _____

さきに請求のあった出産育児一時金等代理申請・受取請求書について、下記のとおり過誤申出いたします。

記

区 分	件数
自 県 分	件
他 県 分	件
合 計	件

過誤申出要領

1. 出産育児一時金等過誤依頼書および連名簿(写)を1名分ごとに取りまとめる。
2. 連名簿(写)には、該当の被保険者データに「過誤返戻」(医療機関からの取下げ依頼の場合は「依頼返戻」)と朱書する。
3. 本過誤申出書に医療機関の所在地別に自県分・他県分の件数を記入のうえ、取りまとめた過誤申出書類の最上部に添付し、本会に提出する。

※過誤依頼書の下部の欄に必ず保険医療機関等連絡年月日、担当者名を記載してください(医療機関からの取下げ依頼(理由コード8)の場合は不要)。

※過誤は1件全部を調整する過誤のみです。請求内容の一部を変更するような過誤はできません。