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【保険診療を伴わない分娩・保険診療を伴う分娩】を取下げ願います。

医療機関等コード					
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　　年　　月　　日				
出産年月日	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					