

令和 年 月 日

出産育児一時金等請求取下げ依頼書

徳島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請求・受取申請書を取下げ願います。

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 5：令	年	月 日
出産年月日	4：平 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			