

徳島県国民健康保険団体連合会 御中

医療機関等の  
所在地  
開設者氏名  
電話番号

印

出産育児一時金等代理申請・受取請求書（専用請求書） 集計票

**【紙媒体用】**

|          |                |
|----------|----------------|
| 医療機関等コード |                |
| 医療機関等名称  |                |
| 分娩機関管理番号 |                |
| 施設等区分    | 病院 ・ 診療所 ・ 助産所 |
| 請求月分     | 令和 年 月請求分      |
| 提出年月日    | 令和 年 月 日       |
| 専用請求書枚数  | 枚              |
| 取扱件数     | 件              |
| 出産数      | 件              |
| 代理受取額合計  | 円              |
| 備考       |                |

※ 1 施設等区分は、該当に○を付す。

※ 2 取扱件数、出産数及び代理受取額合計は、専用請求書下段にある「合計」欄を集計して記載する。