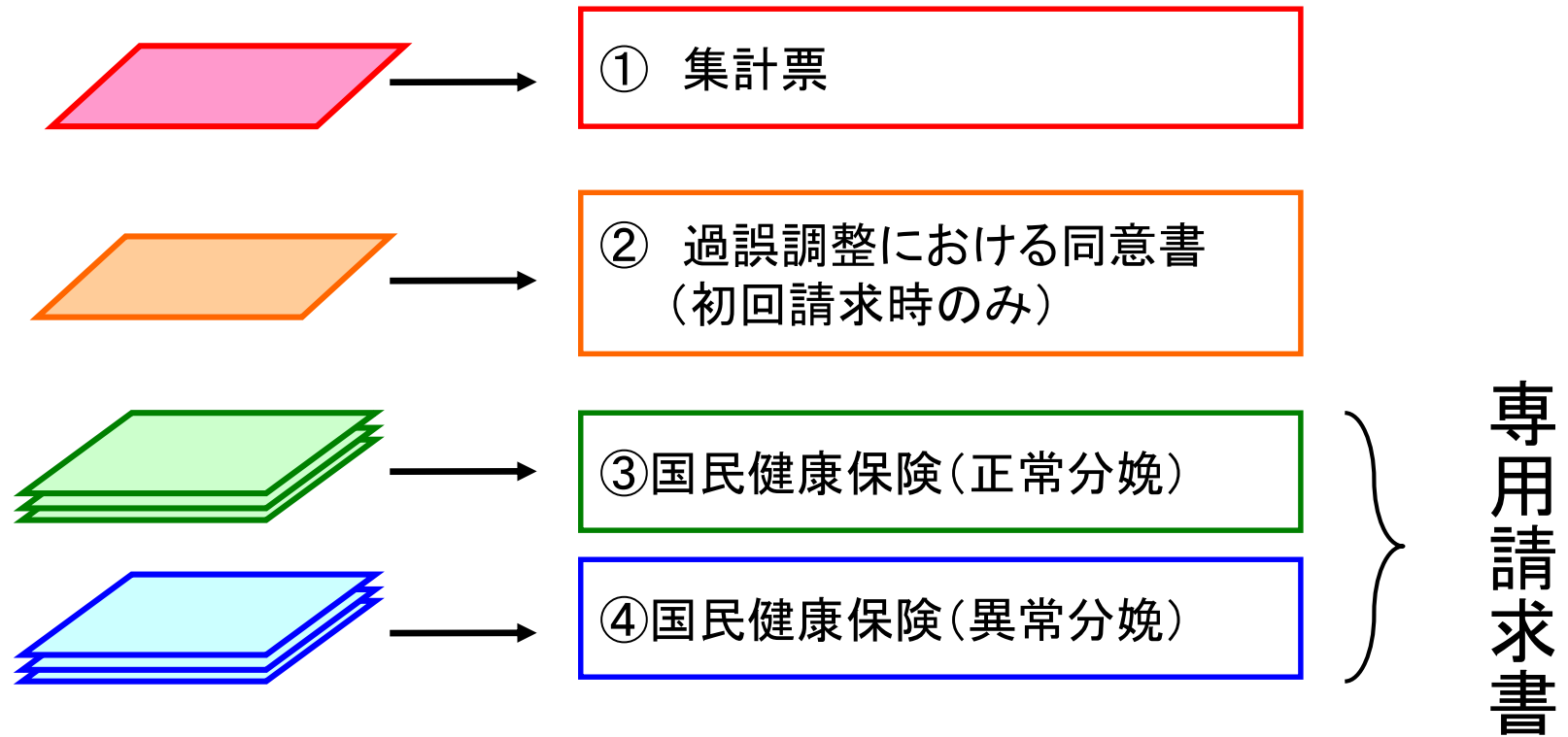


医療機関等からの専用請求書(紙)の請求方法イメージ



※専用請求書については、保険者番号が小さい番号から順に上にまとめる

平成20年〇〇月分 出産育児一時金等代理申請・受取請求書【 正常 ・ 異常 分娩】

保険者番号																				
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

医療機関等コード																				
分娩機関管理番号																				
医療機関等所在地及び名称																				

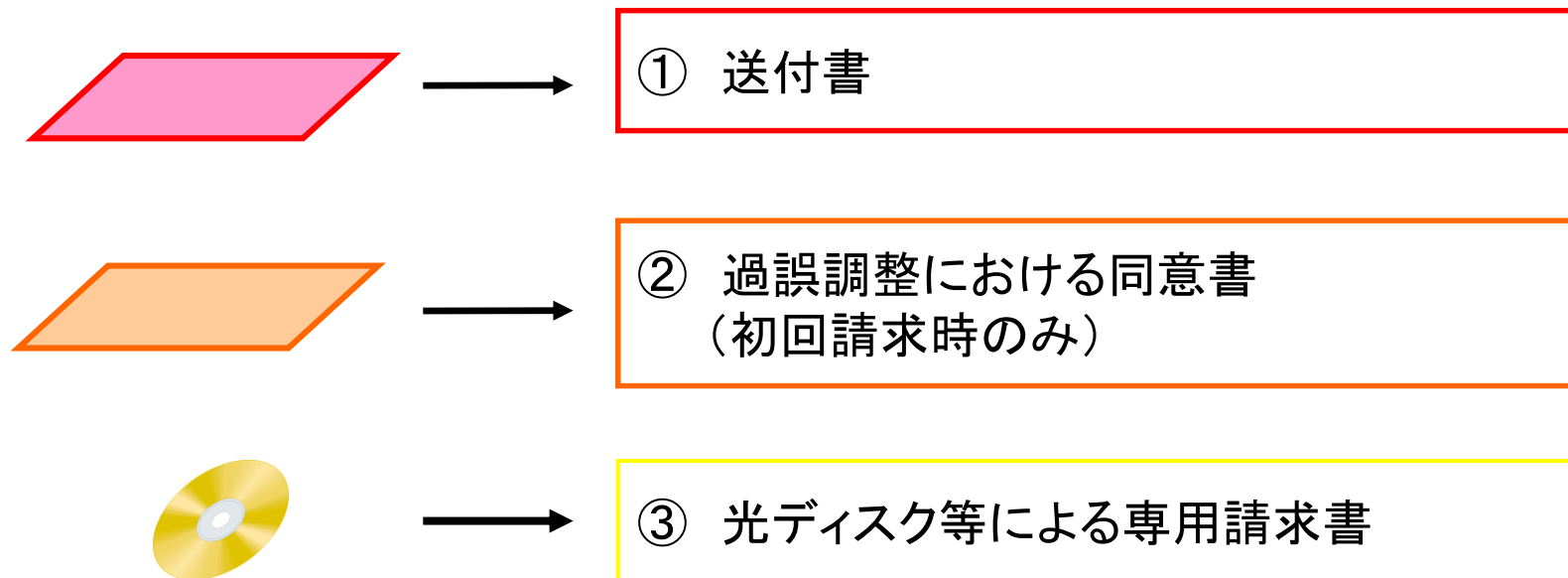
被保険者等との申請及び受取に係る契約に基づき、被保険者等に代わり以下のとおり支払を求めます。

社保	本家	被保険者証記号		被保険者証番号		妊婦氏名(カナ氏名)		生年月日		在胎週数	出産年月日				
1:社・2:国	1:本・5:家							3:昭 4:平	年	月	日	4:平	年	月	日
死産者無		出産数	入院日数	産科医療補償制度		入院料	室料差額	分娩助産料	分娩料	新生児管理保育料	検査・薬剤料				
1:有・2:無・3:混在				1:対象・2:対象外・3:混在											
処置・手当料	産科医療補償制度	その他		一部負担金等	妊婦合計負担額	代理受取額	備考								

合計	取扱件数	出産数	代理受取額合計

頁数
/

医療機関等から光ディスク等による請求方法イメージ



※1
電子媒体については、CD-R、MO、FDのいずれかとする

※2
電子媒体に必ずシールを貼付する

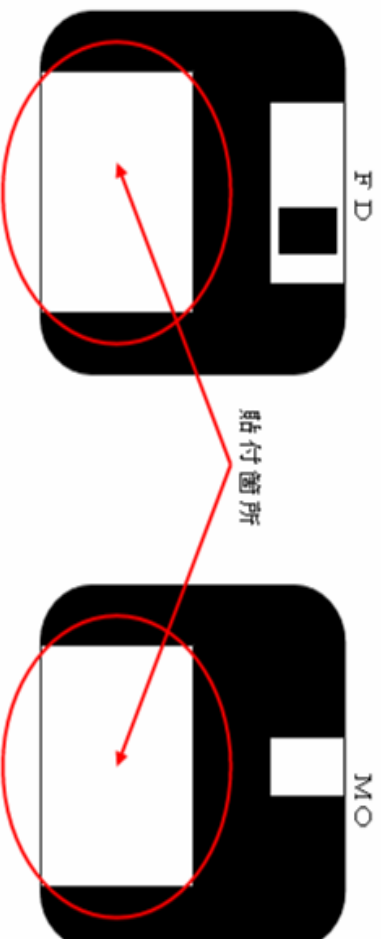
光ディスク等におけるラベルについて

出産育児一時金等に係る電子媒体の表記

1 FID・MOへの貼付ラベル

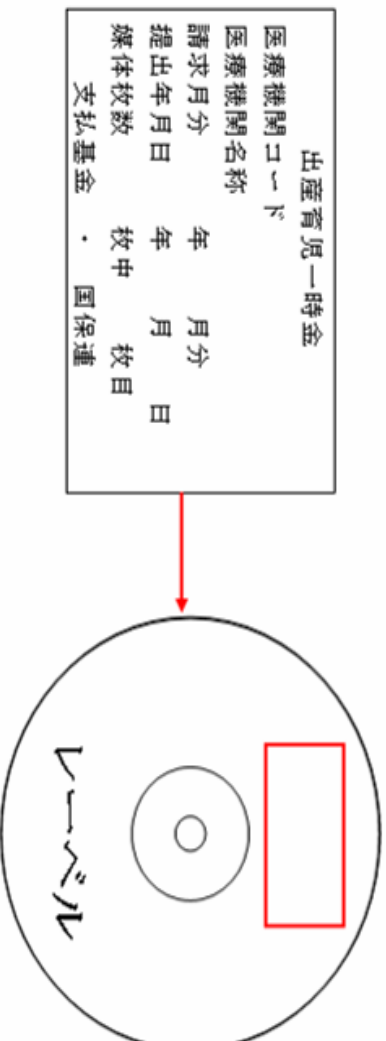
出産育児一時金			
医療機関コード			
保険医療機関名称			
請求月分	年	月分	日
提出年月日	年	月分	日
媒体枚数	枚中	枚目	
支払基金 ・ 国保連			

FID及びMOへのラベルの貼付箇所



2 C-D-Rへの表記

出産育児一時金、医療機関コード、医療機関名称、請求月分、提出年月日及び媒体枚数並びに支払基金又は国保連の別を記載する。
なお、レーベル面にシール等を貼付せずに、ワエルトペン等により記入すること。



平成 年 月 日

出産育児一時金等請求取下げ依頼書

_____ 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・受取請求書を取下げ願います。

医療機関コード			
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	4：平		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			