福井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

　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。