令和　　年　　月　　日

出産育児一時金等請求取下げ依頼書

福井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

|  |  |
| --- | --- |
| 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　　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 |  |

　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。