

〇〇〇社会保険診療報酬支払基金 御中
 (〇〇〇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 送付書

【電子媒体用】

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	平成 年 月請求分		
提出年月日	平成 年 月 日		
媒体種類	FD	MO	CD-R
媒体枚数	枚		
備考			

※ 施設等区分及び媒体種類は、該当に○を付す。