

令和 年 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】

年 月 日

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																				

年 月 日

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。

社国	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 5:令 年 月 日		4:平 5:令 年 月 日	
死産有無		出産数	入院日数	産科医療補償制度		入院料	室料差額	分娩介助料	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