

出産育児一時金の過誤調整に関する同意書

令和 年 月 日

奈良県国民健康保険団体連合会 御中

保険医療機関コード							
-----------	--	--	--	--	--	--	--

保険医療機関の

所在地及び名称

開設者氏名

印

出産育児一時金の支払に関し、保険者による資格確認等により支払が過誤と判明した出産育児一時金については、当医療機関に支払われる他の出産育児一時金（当該出産育児一時金を支払った保険者又はそれ以外の保険者から国保連合会を通じて支払われるものに限る。）の充当による清算又は当医療機関からの戻入による清算を、自らの責めに帰すべき事由があることを了解した場合に限り、国保連合会を通じて行うことに同意する。

（ご提出の要領）

この同意書は出産育児一時金の初回請求時に専用請求書と共に国保連合会へご提出ください。