

令和 年 月 日

出産育児一時金等請求取下げ依頼書

鳥取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

下記理由により、出産育児一時金等代理申請・受取請求書を取下げ願います。

医療機関コード	
分娩機関管理番号	
請求年月	
保険者番号	
フリガナ	
妊婦氏名	
生年月日	
出産年月日	
出産数	
妊婦合計負担額	
代理受取額	
請求取下げ理由	
備考	