様式第3号(第3条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 国民健康保険出産育児一時金受領委任に係る出産費用額等届  年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 粕屋町長　殿 | | | | | | | | (世帯主住所・氏名)  (住所)  (氏名)　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | |
| 受領委任対象者である私(世帯主)と出産者は、出産日において粕屋町国民健康保険加入者であります。  つきましては、以下のとおり届出します。 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 被保険者証記号番号 | 6 | 1 | | ― |  |  | |  |  |  |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 出産する被保険者の氏名生年月日 | | | フリガナ | | | | | | 昭和・平成　　年　　月　　日  (世帯主との続柄　　　　　　) | | | | |  |
|  | | | | | |
| 【出産費用記入欄】 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 出産費用内訳  自由診療分　　　　　　　　　　　　　円　医療機関等  一部負担金(保険診療分)　　　　　　　円　　　所在地  その他　(室料等)　　　　　　　　　　円　　　名称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　㊞  出産総費用額　　　　　　　　　円　　　電話  ※国民健康保険加入者であることを確認してください。 | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | 受付印 | |  |
|  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |