様式第4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(控)年　　月　　日　 |
| 粕屋町長　殿 | (世帯主住所・氏名)　　　　　　　　(住所)　　　　　　　　　　　　　(氏名)　　　　　　　　　　　㊞　 |
| 本書のとおり出産費用額等届出を受理いたしました。 |
| 　 | 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 | 　 |
| 　 |
| 　 |