

# 保険者への請求取下げ依頼書

平成 年 月 日

## 出産育児一時金等請求取下げ依頼書

東京都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請求・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	年 月	本人・家族区分	1:本人 5:家族
保険者番号			
記号		番号	
フリガナ	-----		
妊婦氏名			
生年月日	3:昭 4:平	年 月 日	
出産年月日	4:平	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			