|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　様式第２号 | 受付番号 |  |

|  |
| --- |
| 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　　　宇美町長　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | （世帯主住所） |  |
| （氏名） 　　　　　　　　　　　　　　　　　　  |
| 　　受領委任対象者である私（世帯主）と分娩者は、分娩日において宇美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。 |
|  | 被保険者番号 |  |  |
| 出産者氏名及び生年月日 | フリガナ | 　　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　　　　　　　　　　　　　　円一部負担金（保険診療分）　　　　　　　　円その他（室料等）　　　　　　　　　　　　円産科医療補償制度掛金　　　　　　　　　　円 |  |
| 出産費用総額　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話 |
|

|  |
| --- |
| 【産科補償制度加入機関証明印押印欄】 |

 |
| 　【宇美町記入欄（申請者は記入しないでください）】 | 受　付　印 |  |
|  |
|  | 　　□写しの交付　　　□台帳記入 |  |
|  |