|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |