|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　様式第５号 | 受付番号 |  |

|  |
| --- |
| 　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　殿宇美町長　　木　原　　　忠宇美町国民健康保険出産育児一時金受領委任払承認決定取消通知書 |
|  | 被保険者番号 |  |  |
| 世　帯　主住所・氏名 | （住所）（氏名） | 分娩者氏名 |  |  |
| 出生児氏名 |  |
| 医療機関等の名称及び所在地 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 　取消理由　　１　出産日前に分娩者が宇美町国民健康保険の資格を喪失した。　　２　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　上記のとおり承認を取消しましたので通知します。 |
|  |