

出産育児一時金の過誤調整に関する同意書

平成 年 月 日

佐賀県国民健康保険団体連合会 宛

保険医療機関コード							
-----------	--	--	--	--	--	--	--

保険医療機関の

所在地及び名称

開設者氏名

印

出産育児一時金（※）の支払に関し、保険者による資格確認等により支払が過誤と判明した出産育児一時金については、当医療機関に支払われる他の出産育児一時金（当該出産育児一時金を支払った保険者又はそれ以外の保険者から国保連合会を通じて支払われるものに限る。）の充当による清算又は当医療機関からの戻入による清算を、自らの責めに帰すべき事由があることを了解した場合に限り、国保連合会を通じて行うことに同意する。

（※）家族出産育児一時金並びに共済組合に関する法律又は私立学校教職員共済法による出産費及び家族出産費を含む。

（ご提出の要領等）

1. 既に本会宛に同意書をご提出いただいている場合は、この同意書を改めてご提出いただく必要はありません。
2. この同意書は、平成21年10月1日以降の出産分の取扱いについて有効となります。
平成22年1月請求時以前に同意書を提出されていない場合は、この同意書を至急本会宛にご提出いただきますようお願い申し上げます。なお、上記請求分が無い場合は、平成22年2月請求時又はそれ以降の初回請求時に専用請求書と共に本会宛にご提出下さい。