

〇〇〇国民健康保険団体連合会 御中

医療機関等の  
所在地  
開設者氏名  
電話番号

出産育児一時金等代理申請・受取請求書（専用請求書） 集計票

**【紙媒体用】**

医療機関等コード	
医療機関等名称	
分娩機関管理番号	
施設等区分	病院 ・ 診療所 ・ 助産所
請求月分	令和 年 月請求分
提出年月日	令和 年 月 日
専用請求書枚数	枚
取扱件数	件
出産数	件
代理受取額合計	円
備考	

※ 1 施設等区分は、該当に○を付す。

※ 2 取扱件数、出産数及び代理受取額合計は、専用請求書下段にある「合計」欄を集計して記載する。