

様式第3号(第5条関係)

年 月 日

加須市長 様

所 在 地

医療機関等 名 称
(受取代理人)



代表者氏名

国民健康保険出産育児一時金受取代理分娩費請求書

被 保 険 者 番 号	
世 帯 主 の 氏 名	
出 産 者 の 氏 名	
分 娩 の 種 類	生産 ・ 死産(妊娠 箇月)
出 産 児 生 年 月 日	年 月 日
分 娩 費 の 総 額	円
出産育児一時金の請求額	円

※ 出産育児一時金の支給限度額は、48万8,000円(受取代理人が健康保険法施行令第36条各号のいずれにも該当すると認められる場合は、50万円)です。