

年 月 日

岩手県国保連合会 管理係 御中

保険医療機関コード	■■■■■■■■■■■■■■■■■■										
保険医療機関名称											
開設者氏名											
保険医療機関 郵便番号及び住所	■■■■■	-	■■■■■	■■■■■	■■■■■	■■■■■	■■■■■	■■■■■	■■■■■	■■■■■	■■■■■
担当者氏名											
連絡先電話番号											

出産育児一時金等支払額通知書等の再発行について【依頼】

下記帳票について再発行を依頼いたします。

記

請求年月		令和 年 月 請求分		
通知書種類		<input type="checkbox"/> 正常分娩分		
		<input type="checkbox"/> 異常分娩分		
		<input type="checkbox"/> 早期支払分		
項目番	チェック欄	帳票名称	連合会使用欄	
①	<input type="checkbox"/>	出産育児一時金等 支払額通知書(様式6)		
②	<input type="checkbox"/>	出産育児一時金等 支払額内訳書(様式7)		
③	<input type="checkbox"/>	出産育児一時金等 過誤調整結果通知書(様式8-1)		
④	<input type="checkbox"/>	出産育児一時金等 返戻通知書(様式9)		

◎記入提出方法

1	右上太枠囲み内をもれなく記入願います。
2	請求年月欄に、再発行を求める帳票の請求年月を記入願います。 複数月分にかかる依頼の場合は、請求年月ごとに本書を作成してください。 請求年月が不明の場合は係までお問い合わせください。
3	チェック欄は再発行を求める帳票のみ□を■としてください。
4	再発行(返送)用として、定型封筒へ郵便番号、住所、宛名を御記入いただき、110円切手を同封してください。再発行する枚数や複数月の場合、差額分の郵送代を請求させていただきますので、予め御了承願います。
5	作成した本書を上記4とともに下記まで提出願います。(※FAX不可)
※	オンライン請求医療機関は、オンライン請求システムにて各種帳票のダウンロードをしていただくようお願いします。ダウンロード期間は公開日の翌々月末までとなりますので御留意ください。

