

令和 年 月 日

出産育児一時金等過誤依頼書

沖縄県国民健康保険団体連合会 御中

保険者番号 _____

下記の理由(○印)により過誤調整を依頼いたします。

医療機関等コード	
該当者	被保険者証記号・番号()
	妊婦氏名(カナ) ()
理由コード	過 誤 内 容
1	転出年月日(平・令 年 月 日) 転出先市区町村名() ※転出先(市区町村)連絡(了解)年月日(平・令 年 月 日)
2	生活保護適用 ①喪失年月日(平・令 年 月 日)
3	社会保険適用(他社保分含む) ①喪失年月日(平・令 年 月 日) ②該当先保険者番号() ③該当先保険者名称()
4	国民健康保険適用(他国保分含む) ①喪失年月日(平・令 年 月 日) ②該当先保険者番号() ③該当先保険者名称()
5	一般国民健康保険該当
6	退職者医療制度該当
7	被保険者証有効期限切れ(資格喪失) ①喪失年月日(平・令 年 月 日) ②証回収年月日(平・令 年 月 日) ③更新後被保険者証記号・番号()
8	保険医療機関等からの取下げ依頼による
9	被保険者証記号・番号、妊婦氏名、生年月日誤り
10	妊婦該当者なし
11	直接支払制度対象外 (直接支払制度希望外など)
12	重複請求
13	健康保険法第106条該当 ①該当先保険者番号() ②該当先保険者名()
14	その他()

※保険医療機関等連絡年月日 令和 年 月 日
(担当者名 様)