

沖縄県国民健康保険団体連合会 御中

医療機関等の  
所在地及び  
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 送付書

**【電子媒体用】**

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		
媒体種類	F D	M O	C D - R
媒体枚数	枚		
備考			

※ 施設等区分及び媒体種類は、該当に○を付す。