出産育児一時金受取代理決定通知書（申請者用）

年　　月　　日

（申請者名）

様

丸亀市長　　　　　　　　印印

　　　　年　　月　　日付で申請のありました出産育児一時金受取代理について、次のとおり決定しましたので通知します。

|  |  |
| --- | --- |
| 決定区分 | 承認　　　　　　不承認 |
| 出産予定者（被保険者）の氏名 |  |
| 出産育児一時金の受取代理人となる医療機関等 | 住所又は所在地氏名又は名称代　表　者　名 |
| 不承認とした理由 |  |
| 備考 | 承認を受けた方で、分べん費用の額及び保険費用の額の合計額（産科医療補償制度に加入していない医療機関等において出産した場合は、分べん費用の額とする。）が出産育児一時金に満たない場合は、出産育児一時金支給申請書を提出してください。 |