出産育児一時金受取代理決定通知書（医療機関等用）

年　　月　　日

様

丸亀市長　　　　　　　　印印

下記の被保険者に係る出産育児一時金については、審査の結果、受取代理を適用することに決定しましたので通知します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者の記号番号 | 香川２ |  |  |  |  |  |  |  | 世帯主の氏　　名 |  |
| 出産予定者（被保険者）の氏名 |  | 出産予定日 | 年　　月　　日 |

備考

１　当該被保険者が、出産日現在で丸亀市国民健康保険の被保険者の資格がない場合は、受取代理ができません。

２　出産後、出生証明書の写し、分べん費用の額及び保険費用の額（産科医療補償制度に加入する医療機関等において出産した場合に限る。）が確認できる書類を添付してください。

・同封する書類　　出産育児一時金受取代理請求書