　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

愛媛県国民健康保険団体連合会　御中

　　　　　　　　　　出産育児一時金等支払額通知書再発行依頼書

　平成・令和　年　月請求分【正常分娩・異常分娩】（平成・令和　年　月　日振込分）の出産育児一時金等支払額通知書の再発行をお願いします。

* 通知書の種類（該当する通知書に○印をお願いします。）

　　　　　　　出産育児一時金等支払額通知書

　　　　　　　出産育児一時金等支払額内訳書

* 再発行の理由
* 保険医療機関・助産所コード
* 保険医療機関・助産所の所在地
* 保険医療機関・助産所の開設者氏名及び印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

※お手数ですが、返信用封筒（切手を貼付したもの）を同封していただきますようご協力をお願いします。