

(様式第3号)

大 阪 市 長 印

被保険者証番号	
---------	--

医療機関連絡票（承認）

下記の出産育児一時金受取代理の支給申請については、承認となりましたので通知します。

記

申請者	住所							
	氏名				電話			
出産予定者	フリガナ				被保険者証 記号・番号	記号	コード	
	氏名				番号			
	生年月日	年 月 日			分娩予定日	年 月 日		
受任者	所在地							
	名称							
	採択		医療機関コード	—				
受取代理の上限額		円						
(注) 分娩後は速やかに請求書及び出生証明書を送付してください。								