

年 月 日

(様式第 3 号)

大 阪 市 長 印

被保険者 記号・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 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。								