社会保険診療報酬支払基金○○○審査委員会事務局　御中

医療機関等の

所在地及び

開設者氏名

電話番号

　出産育児一時金等代理申請・受取請求書　送付書

**【電子媒体用】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関等コード |  | | |
| 医療機関等名称 |  | | |
| 分娩機関管理番号 |  | | |
| 施設等区分 | 病　院　・　診療所　・　助産所 | | |
| 請求月分 | 令和　　年　　月請求分 | | |
| 提出年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | | |
| 媒体種類 | ＦＤ | ＭＯ | ＣＤ－Ｒ |
| 媒体枚数 | 枚 | | |
| 備　　　　 考 |  | | |

※　施設等区分及び媒体種類は、該当に○を付す。