

出産育児一時金の過誤調整に関する同意書

平成 年 月 日

奈良県国民健康保険団体連合会 宛

保険医療機関等コード							
------------	--	--	--	--	--	--	--

助産所の所在地

及び名称

開設者氏名

印

出産育児一時金（※）の支払に関し、保険者による資格確認等により支払が過誤と判明した出産育児一時金については、当助産所に支払われる他の出産育児一時金（当該出産育児一時金を支払った保険者又はそれ以外の保険者から国保連合会を通じて支払われるものに限る。）の充当による清算又は当助産所からの戻入による清算を、国保連合会を通じて行うことに同意する。

（※）家族出産育児一時金並びに共済組合に関する法律又は私立学校教職員共済法による出産費及び家族出産費を含む。

（ご提出の要領）

この同意書は、出産育児一時金の初回請求時に専用請求書と共に国保連合会にご提出下さい。