

(様式5)

令和 年 月 日

(あて先) _____

(医療機関等) 所在地

名称

印

出産費用請求報告書

標記について、下記のとおり報告します。

記

被保険者証	記号		番号	
被保険者、世帯主又は組合員	氏名	(フリガナ)		
	住所	〒 (フリガナ)		
請求金額				
出産費用請求書(写)	別添のとおり			
出産の事実を証明する書類(写)	別添のとおり			