

●ボールペン等の消えないペンでご記入ください。(鉛筆、消えるペンでの記入不可)

●ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

被保険者情報	① 被保険者証	記号 1234	番号 123
	② 氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子	③ 生年月日 昭(平)令 1 年 2 月 3 日
	④ 住所	〒 〇〇 - 〇〇 東京 都(道)府(県) 中央区△△ ×-×	⑤ 電話番号 〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇 ※日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください。
	⑥ 事業所	名称 〇〇土建株式会社 所在地 東京都中央区□□1-1-1	電話番号 00(0000)0000

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の申請であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

申請内容	⑦ 出産した方(どちらかに✓)	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)
	⑧ 家族の場合はその方の	氏名 生年月日 昭・平・令 年 月 日 続柄( )
	⑨ 出産した年月日	令和 5 年 4 月 18 日 ⑩ 生産児数 1 人 ⑪ 死産児数 人 ⑫ 死産のとき(妊娠経過期間) 週 日
	⑬ 出産した医療機関等	名称 〇〇病院 所在地 東京都中央区△△ ×-×
⑭ 他の健康保険などに加入	出産日の前後6か月以内に他の健康保険などに加入している(いる)場合 ▶ 別途、「健康保険等加入状況の申告」を添付してください。	
添付書類	○直接支払制度に係る代理契約に関する合意文書のコピー ○「出産日」・「出生児数」・「代理受取額」の記載がある出産費用の明細書コピー(例: 出産費用明細書、分娩費用明細書等) ○「産科医療保障制度加入機関」のスタンプが押されている領収書等のコピー(上記、出産費用の明細書等に押されている場合は不要)	

証明欄	▶ 医師・助産師による証明の場合			
	出産年月日	令和 年 月 日	生産児数	単胎・多胎(児)
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日		医療機関の所在地・名称	生産又は死産の別 生産・死産(妊娠 週 日)
	医師・助産師の氏名			
▶ 市区町村長による証明の場合(生産のみ)				
本籍		筆頭者氏名		
母の氏名		出生年月日	令和 年 月 日	
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日		市区町村長	印	

「個人振込」「事業所払い」のどちらかを記入してください。

→ ( 通帳のコピー、キャッシュカードのコピー等 )

個人振込(被保険者名義。口座確認のため、通帳等の口座情報が記載された部分のコピーを必ず添付してください。事業所払いの場合は記入不要です。)

支払金融機関	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他( )	金融機関コード	預金種別	普通・当座・その他( )
		支店・本店・出張所 その他( )	支店コード	口座番号	
	口座名義 (カタカナで記入)				

事業所払い(個人振込の場合は記入不要です。)

委任状	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記、受領責任者に委任します。	令和 年 月 日
	給付金受領責任者	氏名	

令和 年 月 日提出

組合受付印