

直接払いを利用せず、出産費用を全額立て替えた場合のみ、この請求書を提出

| | | | | | | | |
|---|----------------|--|----------------|-------|-----------|----|----|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る 欄 | 被保険者証 記号・番号 | 記号 *** | 番号 ***** | 所 属 | 〇〇部〇〇グループ | | |
| | 被保険者氏名 | 健保 花子 | | | | | |
| | 出産した者の 氏名 | 健保 花子 | 出産した者の 生年月日 | 昭和・平成 | **年**月**日 | 続柄 | 本人 |
| | 出産年月日 | 令和 **年**月**日 | | | | | |
| | 家族が出産 した場合 | <p>①被扶養者になる前に加入していた健康保険の資格喪失日は、出産の日より6ヶ月以内ですか（はい・いいえ）</p> <p>②①で「はい」と答えた場合は別紙の「出産育児一時金不支給証明書」、または国民健康保険に加入していた場合は「資格喪失証明書」を提出してください。</p> | | | | | |
| <p>上記のとおり請求します。在職期間中の申請の場合は、本申請書に基づく給付金の受領を事業主へ委任します。</p> <p>令和 **年**月**日 〒 ****-****</p> <p>被保険者 住 所 〇〇市△△区××3-16-89 氏 名 健保 花子</p> <p>田辺三菱製薬健康保険組合理事長殿 電話 ****-****-****</p> | | | | | | | |

月初締切の当月25日給付(従業員は給与にて上乗せ給付)いたします。

内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

| | | | | |
|--|---|--------------|--------|-----------|
| 医 師 ・ 助 産 師 の 証 明 欄 | 出産年月日 | 令和 **年**月**日 | 出生児の数 | 単胎・多胎(児) |
| | 生産・死産の別 | 生産 | 死産(妊娠第 | 月又は第 週) |
| | <p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>令和 **年**月**日</p> <p>医療機関 所在地 〇〇市△△区××町5-7-9 名 称 〇〇〇〇医院 医師又は助産師の氏名 〇〇〇〇〇〇</p> <p>電話 ****-****-****</p> | | | |

必ずこの欄に証明をご記入ください(別様式での証明は海外での出産以外は不可です)。

| | |
|---|---------------|
| 振込希望銀行 (資格喪失者(退職者) のみ記入、ゆうちょ銀行 除く) | []銀行 []支店 |
| (普通)口座番号[] | 口座名義(カタカナ)[] |

提出書類は原本をお願いします。返却できませんので事前にコピーをお取りください。

2022.05.10

<添付書類>

- 領収書の原本、及び直接支払制度を利用しない旨記述された合意文書のコピーを添付してください。
(産科医療補償制度に加入している医療機関等で出産した場合は、領収書に証明する印がありますのでご確認ください。)
- 医師又は助産師の証明が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文(翻訳者の氏名・住所を記載したもの)を添付して下さい。

直接払いを利用せず、出産費用を全額立て替えた場合のみ、この請求書を提出

| | | | | | |
|--|----------------|--|----------------|----------------------|---------|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る 欄 | 被保険者証 記号・番号 | 記号 *** | 番号 ***** | 所 属 〇〇部〇〇グループ | |
| | 被保険者氏名 | 健保 太郎 | | | |
| | 出産した者の 氏名 | 健保 花子 | 出産した者の 生年月日 | 昭和・平成 **年**月**日 | 続柄 妻 |
| | 出産年月日 | 令和 **年**月**日 | | | |
| | 家族が出産 した場合 | ①被扶養者になる前に加入していた健康保険の資格喪失日は、出産の日より6ヶ月以内ですか（はい・いいえ） ② ①で「はい」と答えた場合は別紙の「出産育児一時金不支給証明書」、または国民健康保険に加入していた場合は「資格喪失証明書」を提出してください。 | | | |
| 上記のとおり請求します。在职期間中の申請の場合は、本申請書に基づく給付金の受領を事業主へ委任します。 令和 **年**月**日 〒 ****-**** 被保険者 住 所 〇〇市△△区××3-16-89 氏 名 健保 太郎 田辺三菱製薬健康保険組合理事長殿 電話 ****-****-**** | | | | | |

月初締切の当月25日給付(従業員は給与にて上乘せ給付)いたします。

内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

| | | | | |
|--|--|-------------------|-------|------------|
| 医 師 ・ 助 産 師 の 証 明 欄 | 出産年月日 | 令和 **年**月**日 | 出生児の数 | 単胎・多胎 (児) |
| | 生産・死産の別 | 生産・死産(妊娠第 月又は第 週) | | |
| | 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 **年**月**日 医療機関 所在地 〇〇市△△区××町5-7-9 名 称 〇〇〇〇医院 医師又は助産師の氏名 〇〇〇〇〇〇 電話 ****-****-**** | | | |

必ずこの欄に証明をご記入ください(別様式での証明は海外での出産以外は不可です)。

| | |
|---|--|
| 振込希望銀行 (資格喪失者(退職者) のみ記入、ゆうちょ銀行 除く) | []銀行 []支店 (普通)口座番号[] 口座名義(かたかな)[] |
|---|--|

提出書類は原本をお願いします。返却できませんので事前にコピーをお取りください。

<添付書類>

1. 領収書の原本、及び直接支払制度を利用しない旨記述された合意文書のコピーを添付してください。(産科医療補償制度に加入している医療機関等で出産した場合は、領収書に証明する印がありますのでご確認ください。)
2. 医師又は助産師の証明が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文(翻訳者の氏名・住所を記載したもの)を添付して下さい。