

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			
	被保険者氏名						
	出産した者の 氏名		出産した者の 生年月日		年 月 日	続柄	
	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） 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。					
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。 令和 年 月 日 〒 被保険者 住 所 氏 名 田辺ファーマ健康保険組合理事長殿 電話							

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	
	生産・死産の別	・ (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 名 称 医師又は助産師の氏名 電話			

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)[]
---	---

2025.11.01

<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。