

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	で旨んだ場合のみ、この請求書を提出		
	被保険者氏名	健保 花子			〇〇部〇〇グループ		
	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	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 〒＊＊＊-＊＊＊＊＊＊＊＊							
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。							
被保険者 住 所 〇〇市△△区××3-16-89 氏 名 健保 花子							
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	单 胎	・ 多 胎 (児)
	生産・死産の別	生 產	・ 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 ○○市△△区××町5-7-9</p> <p>名 称 ○○○○○医院</p> <p>医師又は助産師の氏名 ○○○○○○</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。

2025.11.01

＜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。

被 保 險 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 ） 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 〇〇市△△区××3-16-89 氏 名 健保 太郎 田辺ファーマ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乗せ給付)いたします。							

医 師 ・ 助 産 師 の 証 明 欄	出産年月日	令和 * * 年 * * 月 * * 日	出生児の数	单 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(カタナ) []

**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。**

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。