

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	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 花子 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。

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 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 医師又は助産師の氏名 〇〇〇〇〇〇〇 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。

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。

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。

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（カカナ）[]
---	--

提出書類は原本をお願いします。返却できませ
んの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。