

① 申請上の注意
二、以下の請求が被保険者の分婉にかかると認められるものは、被保険者証の添付が必須です。医療機関から交付される代理契約の領収書（直接支払制度利用の有無）に関する文書（写）

被保険者証の記号・番号	記号 1	番号 1234			
分娩年月日	令和 1 年 11 月 1 日				
家族の分婉であるときはその者の氏名	健保 花子		生年月日	昭和 平成 3 年 3 月 20 日	
産科医療補償制度の加入	有 ・ 無	直接支払制度の利用	有 ・ 無		
出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で ある ・ ない				
被保険者先	三菱東京UFJ 銀行 港 支店		普通当座	No. 1 2 3 4 5 6 7	
	口座名義 (カナ) ケンポ タロウ				
上記のとおり請求します。 令和 1 年 11 月 5 日 住所 〒106-0000 東京都港区中央 1-2-3 被保険者 電話 03 (1 2 3 4) 5 6 7 8 氏名 健保 太郎 アボット健康保険組合理事長 殿					
※下記に該当する場合は必ず次の証明を受けて下さい。（国保の場合は市区町村窓口を確認し記入してください。） ・退職した女性被保険者が退職後6カ月以内に出産したことによる請求の場合 →現在加入している健保等へ ・当健康保険組合に加入してから6ヶ月以内の家族が出産したことによる請求の場合 →以前加入していた健保等へ					
健康保険組合は共済組合 社会保険事務所 証 明	被保険者氏名	(旧姓)			
	被保険者証の記号・番号	分娩年月日	令和	年 月 日	
	資格日	日 平・令	年 月 日		
上記に 令 該当者のみ 証 明 欄 電 話 事業主名					
国民健康保険の場合 (本人記入)	市区町村名	旧被保険者証の記号・番号	・		
	資格取得年月日	平・令	年 月 日	資格喪失年月日 平・令	年 月 日
※直接支払制度を利用していない場合は、次の証明を受けてください。なお、母子手帳、出生証明書等の（写）添付にて代用可。					
医師又は助産師の証 明	分娩年月日	令和	年 月 日	出生児の数	単胎・多胎 (児)
	生産・死産	月 又は 第 週)			
	上記のとおり 令和 医 所 仕 地 医師・助産師				