


【直接支払制度利用しなかった方用】

※記入もれがある場合は、書類を一旦お返すことがあります。太枠内は楷書で丁寧にご記入ください。

※記入内容を訂正される場合は、下記①欄に押された印鑑(★)を訂正印として必ず押してください。

被保険者記入欄

① 被保険者の	記号	番号	氏名・印	生年月日	
	3000	30	健保 太一 	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 58年 9月 10日	
② 被保険者の現住所	〒 245-0001 神奈川県横浜市〇〇〇			日中連絡の取れる電話番号 000(000)0000	
	③ 個人番号(マイナンバー) (*上記①欄/記号番号記入の場合は、不要です)			④ 出産日 平成 28年 3月 7日	
⑤ 出生児の氏名	健保 太		⑥ 続柄 長男 (長男・長女等)	⑦ 出産児数 1人	
⑨ 家族が出産した場合	出産した家族の氏名 健保 花代		生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 60年 12月 1日	⑧ 死産児数 0人 続柄 妻	
	資格喪失後6ヶ月以内に出産した場合、出産当日に加入している保険者名(組合名等)について				
⑩ 資格喪失後 または 加入6ヶ月以内 に出産した場合	加入している保険者名	被保険者氏名	本人・家族の別 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	記号	番号
	家族が加入6ヶ月以内に出産した場合、以前加入していた保険者名(組合名等)について				
	加入していた保険者名	被保険者氏名	本人・家族の別 <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	記号	番号
	全国健康保険協会 東京支部	健保 花代	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	99999999	1000

*被保険者以外の口座を指定する場合は、下記「受取代理人の欄」に必ずご記入・押印してください。
(被保険者印(★)代理人印(☆)は、別々の印鑑で押印し、ご提出ください。)

振込先金融機関の欄

銀行・店名	ゆうちょ	(店番号) 777	受取代理人の欄	本請求にもとづく給付金に関する受領を 下記の代理人に委任します。	
預金種別	銀行 金庫 普通 当座	(店名) 七七七 本店 支店		被保険者(請求者) (住所) □上記②と同じ	
口座番号 (左づめでご記入ください)	1 2 3 4 5 6 7			(氏名) 	
口座の名義人 (カタカナでご記入ください)	ケンポ タイチ			被保険者と代理人との関係 配偶者・親子・その他() 代理人(口座の名義人) (住所) □上記②と同じ (氏名) 	

[添付書類]

- 1 出産費用の内訳(出産日・出産児数等明記のあるもの)を記した領収・明細書コピーを添付してください。
- 2 直接支払制度合意文書(代理契約に係る文書)の原本を添付してください。

出生証明欄

※「医師または助産師証明欄」・「市区町村証明欄」はどちらか一方で証明を受けてください。

医師または助産師証明欄					
⑪ 出産日	平成 28年 3月 7日	⑫ 出生児数	単胎・多胎(児)		
⑬ 生産または死産の別	生産・死産(妊娠 週 日・日)				
上記のとおり相違ないことを証明する。平成 28年 3月 20日					
医療機関所在地	横浜市〇〇〇		電話	000(000)0000	
医療機関名	神奈川産婦人科				
医師または助産師氏名	神奈川 五郎				
市区町村証明欄					
⑭ 本籍			⑮ 筆頭者氏名		
⑯ 母の氏名			⑰ 出生児氏名		
上記のとおり相違ないことを証明する。			⑱ 出生年月日	平成 年 月 日	
市区町村長名					