

【直接支払制度利用しなかった方用】

必ずご確認ください

この申請書について、下記A及びBの要件を確認して✓を入れてください。



- A. 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
- B. 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

記入例

被保険者記入欄

① 被保険者の	記号 3000	番号 30	氏名 健保 太一	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 3年 8月 15日
② 被保険者の 住所	〒 245-0001	電話番号 0	氏名 0	続柄 0
⑤ 出産日	○年 4月 15日	⑥ 死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 生産・死産混在	
⑦ 出産児数	1人	⑧ 死産児数	0人	死産のとき (妊娠経過期間) 月 週 日
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 type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 3年 4月 15日	続柄 妻
⑩ 振込先 指定口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 。利用しない場合下記の欄を記入。) ※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(右側)」を必ずご記入ください。			
銀行・店名	(店番号) 銀行・金庫	(店名) 本店 支店	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。	
被保険者以外の口座を指定する 場合は、こちらをご記入ください			受取代理人 (住所) (氏名)	被保険者と代理人との関係 配偶者・親子・その他()
			代理人(口座名義人) (住所) (氏名)	

訂正の場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と記入者(被保険者)のサイン(フルネーム)をご記入ください

今回出産された児数をご記入ください

被保険者以外の口座を指定する場合は、こちらをご記入ください

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	令和 ○年 4月 15日	⑫ 出生児数	単胎・多胎 (児)
⑬ 生産または死産の別	生産	訂正箇所には、医師のサイン(フルネーム)をご記入ください	
上記のとおり相違ないことを証明する。			
医療機関所在地	横浜市○○○	TEL	○○○ (○○○) ○○○○
医療機関名	神奈川産婦人科	押印不要です	
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		訂正箇所には、市区町村長の訂正印が必要です	
上記のとおり相違ないことを証明する。			
市区町村長名		⑰	押印必須です

【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。

【注意事項】

- ※記入もれがある場合は、書類を一旦お返しすることがあります。
- ※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所に被保険者、医師または助産師のサイン(氏名)をご記入ください。
- ※市区町村証明欄は、押印必須となります。