

〔被保険者の注意事項〕

●●●被保険者等が記入するところ  
（請求の際には、直接支払制度を利用しない場合）  
（国内の被保険者等が記入するところ）  
（国外の被保険者等が記入するところ）  
①出生証明書のコピー  
②出生費用明細書のコピー  
③資格情報のお知らせ  
④資格確認書（健康保険証）のいずれかをご確認ください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者等 記号と番号	記号 番号	② 被保険者名 (請求者)				
	③ 被保険者の現住所	〒 TEL ( )					
	④ 事業所の名称(勤務先)						
	⑤ 分べん年月日	令和 年 月 日	⑥ 死産のときはその旨	(妊娠週日)			
	⑦ (A) 分べんした病院または産院名						
	⑦ (B) 病院または産院の所在地						
	⑧ 家族が分べんしたための請求であるときはその者の	(ア) 氏名	(イ) 続柄	(ウ) 生年月日	昭和 年 月 日生 平成		
	⑨ 被保険者の分べんが資格喪失後であるときは現在の健康保険の種類	(ア) 保険者名	(ア) の電話番号	記号・番号	勤務先名称	被保険者氏名(世帯主名)	被保険者との続柄
	⑩ 家族の分べんが被扶養者となつてから6ヶ月以内のとき、以前の健康保険の種類	全国健康保険協会( )支部 ( )健康保険組合 ( )その他					

( )内には { 全国健康保険協会の場合は支部名  
健康保険組合の場合は組合名  
その他は、共済組合名・国保の市区町村名など } を記入してください。

村 医 生 が 証 明 す る と こ ろ	分べん年月日	令和 年 月 日	生産または死産の別	生産・死産(妊娠週日)		
	出生児の数	単胎・多胎(人)	備考			
	うえのとおり相違ないことを証明する。 職名( )	住所 氏名	令和 年 月 日			
	本籍		筆頭者氏名			
	出生届出日	令和 年 月 日	出生年月日	令和 年 月 日		
	うえのとおり相違ないことを証明する。 市区町村長名	令和 年 月 日				

被 保 険 者 の 個 人 口 座	銀行名					
	店番・支店名					
	種類	普通・当座				
	口座番号(右詰め)					
	フリガナ					
	口座名義					

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	
	令和 年 月 日	
	被保険者(請求者)	住所 氏名
	受領代理人	住所 氏名

※ 請求者が資格喪失している場合及び任継者は、個人口座へ振込みますので、上記の欄に記入してください。(委任状は不要です)

※ 受領代理人は、必ず事業所の受領代理人を記入してください。

受付日付印

※ ゆうちょ銀行の場合には、店番「通帳の記号5桁」  
支店名「漢数字の3文字」、口座番号「通帳の番号8桁」を記入してください。

社会保険労務士 提出代行者の印	
--------------------	--