

令和 年 月 日請求

〔被保険者の
注意事項〕

● (被保険者等)の健康保険証番号は、マイナンバーと一致しない場合があります。添付書類が確認できない場合は、医療機関からの請求を待っていただく場合があります。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号と番号	記号		フリガナ		生年月日
		番号		被保険者名 (請求者)		昭平 年 月 日
	被保険者 (請求者)の住所	〒 ー TEL ()				
	事業所の名称 (勤務先)					
	被扶養者が出産する ための請求である ときはその者の 氏名・生年月日	フリガナ		生年月日		
		氏名		昭平 年 月 日		
	入院する医療 機関の名称・ 所在地	名称				
	所在地	〒 ー				
出生の年月日	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。

※ 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。

【添付書類】(内払)に該当する場合のみ

※(内払)…組合から請求可能である旨の通知が届く前の請求

① 分べん機関と交わす直接支払制度合意文書の写し

② 分べん機関で発行される領収・明細書の写し

※領収・明細書の写しとは、「出産日」・「出産人数」等の記載が書かれています。

「産科医療補償制度の加算対象出産である場合、そのことを証するスタンプ」が押印されている部分(別紙の場合あり)

受付日付印

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