

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号番号	記号 番号	被保険者 資格取得日	平成	年	月	日	被保険者 資格喪失日 (喪失後の場合)	平成	年	月	日
	被保険者 (申請者) 氏名と印	フリガナ	◎	被保険者 (申請者) 住 所	〒							
	生年月日	昭和・平成		年	月	日	電話	()				
	事業所名 及び部署	電話 (内線)						(内線)				
	被扶養者の出産である 場合は その者の氏名	生年月日	昭和 平成	年	月	日	被保険者と 出産した者 の 続 柄					
	出産した年月日	平成	年	月	日	生産児数	人	死産児数	人	死産の時はその妊娠経過期間	週	
	出産した医 療機関等の 名称・所在地	(名称)	(所在地) 〒		電話 ()							
	出産した医療機関の産科医療補償制度加入の有無	有・無		海外で出産した場合はその旨								
	出生児の 氏 名	フリガナ	被保険者と 出生児 の 続 柄	出生児が被保険者の被扶養者 であるかどうか		ある・ない						
	①被保険者が資格喪失後6ヶ月以内の出産で申請する場合、現在の保険証の		②被扶養者が認定後6ヶ月以内の出産で申請する場合、以前加入していた保険証の		保険者名 (国民健康保険 又は、健康保険 組合名など)	電話 ()		記 号	番 号	被保険者氏名		

※医師・助産師又は市区町村長が証明する欄はどちらか一方で証明を受けてください。

(※海外で出産した場合、証明欄の記載証明は省くことができますが、添付書類A、Bを提出してください。)

※生産の場合でも必ず週数をご記入ください。

医 師 ・ 助 産 師 の 証 明 欄	出産年月日	平成	年	月	日	生産又は 死産の別	生 産 ・ 死 産 (妊娠第	月又は第	週)		
	出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 (児)	備 考						
	上記のとおり相違ないことを証明する。										
医療施設名の名称・所在地											
医師・助産師名											
◎ 電話 ()											
市 区 町 村 長 の 証 明 欄	本籍					筆頭者氏名					
	出生届出日	平成	年	月	日	出生児氏名	出生年月日	平成	年	月	日
	上記のとおり相違ないことを証明する。										
市区町村長名											
◎											

支 払 金 融 機 関	銀 行	本 店	普通・当座
	信用金庫	支 店	
	フリガナ		口 座 番 号
口座名義 (被保険者名義)			

《添付書類》 ① 医療機関等から交付される合意文書の写し

(直接支払制度にかかる代理契約を医療機関等と締結していない旨および申請先となる当組合名が記載されているもの)

② 出産費用の領収・明細書の写し

(直接支払制度にかかる代理契約を医療機関等と締結していない旨が記載されているもの、および 産科医療補償制度に加入する医療機関で出産した場合は証明するスタンプを押印したもの)

《海外で出産した場合の添付書類》

A 医療機関または公的機関等で発行された出産の事実を証明するもの

B 上記証明書の日本語訳(作成年月日、翻訳者の住所、氏名の記入、捺印がされているもの)

平成 年 月 日提出

受付日付印