

被保険者が出産した場合の《記入例》

非常理事	不該当	月	日
		月	日
決定年月日	年	月	日
標準報酬額	千円(第 等級)	支払年月日	年 月 日

いずれかを選択してください

被保険者

家族

46 : 日本新薬(株)
4607 : 労働組合
4608 : NSシェアードサービス(株)
4609 : 任意継続者

日本新薬(株)は社員番号
上記以外は保険証を確認

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号	46	〇〇	事業所の名称	日本新薬株式会社		
	出産した年月日	令和2年1月10日		生産児数	死産児数	死産のときは 妊娠経過期間	妊娠 カ月 週
	出生児の氏名	フリガナ	ケホ 知	被保険者と 出生児の続柄	長女 (第1子)		
	出生児が被保険者の被扶養者であるか	ない	出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由	《例》 夫の被扶養者になるため			
	家族が 出産したとき	被扶養者氏名			被扶養者 生年月日		
		被扶養者が出産前6ヶ月以内に他の健康保険に加入していた場合		保険者名	電話番号		
		記号	番号	資格喪失日			
	入 入 す る と こ ろ	被保険者が退職後6ヶ月以内に 退職後加入している健康保険等の内容	保険者名		電話番号		
			記号	番号	区 分		
			被保険者		被扶養者		
	振込先(本人口座)	銀行	支店	口座No.	名義(カタカナ)		
<p>上記のとおり請求致します。</p> <p>令和 2 年 1 月 31 日</p> <p style="text-align: right;">〒 〇〇 - 〇〇</p> <p style="text-align: right;">住 所 京都市〇〇</p> <p style="text-align: right;">Tel (〇〇) 〇〇 - 〇〇</p> <p style="text-align: right;">被保険者氏名 健保 花子 (印)</p> <p style="text-align: right;">日本新薬健康保険組合理事長 殿 (自署の場合は押印不要)</p>							
証 明 す る 助 産 師 が	出産した年月日	年 月 日					
※1 参照 ↓	生産又は死産の別	生産・死産 (妊娠 カ月 週)	出生児の数	単胎・多胎 (児)			
	<p>上記のとおり相違ないことを証明致します。</p> <p>年 月 日</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>出産した医療機関等で証明をもらってください。</p> <p>※1 母子手帳 の写しを添付してもよい。</p> </div> <p style="text-align: right;">医師の氏名 (印)</p>						
※1	<p>上記(医師・助産婦)の証明の代わりとして、母子手帳の写しを添付してもよい。</p> <p>①分娩日が記載されている頁 ②分娩場所(医療機関名等)が記載されている頁 ③妊婦名の記載されている頁</p>						
委 任 欄	本請求に基づく給付金の受領を			に委任致します。		受 付 印	
	記入不要					(印)	
	被保険者氏名						

支給決定伺	支給	法第57条	該当・不該当
常務理事	被扶養者が出産した場合の《記入例》		月 日
			月 日
			千円(第 等級)
決定年月日	年 月 日	支払年月日	年 月 日

いずれかを選択してください

被保険者
 家族
 家 族

- 46 : 日本新薬(株)
- 4607 : 労働組合
- 4608 : NSシェアードサービス(株)
- 4609 : 任意継続者

日本新薬(株)は社員番号
 上記以外は保険証を確認

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号	46	〇〇	事業所の名称	日本新薬株式会社	
	出産した年月日	令和2年1月10日		生産児数	死産児数	死産のときは妊娠経過期間
	出生児の氏名	フリガナ シヤク 太郎 新薬 太郎		被保険者と出生児の続柄	長女 (第1子)	
	出生児が被保険者の被扶養者であるか	ある	出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由			
	家族が 出産したとき	被扶養者氏名	新薬 花子		被扶養者生年月日	〇年〇月〇日
	入 す る と こ ろ	被扶養者が出産前6ヶ月以内に他の健康保険に加入していた場合		保険者名		電話番号
		記号	番号	資格喪失日		
		被保険者が退職後6ヶ月以内に出生したとき		保険者名		電話番号
		記号	番号	区分		
	振込先(本人口座)		銀行	支店	口座No.	名義(カタカナ)

上記のとおり請求致します。
 令和 2 年 1 月 31 日
 〒 〇〇 - 〇〇
 住所 京都市〇〇
 Tel (〇〇) 〇〇 - 〇〇
 被保険者氏名 新薬 一郎 (印)
 日本新薬健康保険組合理事長 殿 (自署の場合は押印不要)

証 明 す る 助 産 婦 の 証 明	出産した年月日	年 月 日
	生産又は死産の別	生産・死産 (妊娠 〇 週)
	出生児の数	単胎・多胎 (児)

上記のとおり相違ないことを証明致します。
 年 月 日
 医療機関所在地
 出産した医療機関等で証明をもらってください。
 ※1 母子手帳 の写しを添付してもよい。
 医師の氏名 (印)

※1 上記(医師・助産婦)の証明の代わりとして、母子手帳の写しを添付してもよい。
 ①分娩日が記載されている頁 ②分娩場所(医療機関名等)が記載されている頁 ③妊婦名の記載されている頁

委 任 欄	本請求に基づく給付金の受領に委任致します。 記入不要 被保険者氏名 (印)	受 付 印
-------------	--	-------------