

◎ この請求書に記載されている個人情報には支給決定にのみ利用し、第三者には提供いたしません。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号	番号	事業所名(または勤務していた事業所名)			
	被保険者氏名(請求者)	フリガナ 氏 名					
	被保険者住所(請求者)	〒	—	自宅電話番号 携帯電話番号			
	出産年月日	令和	年	月	日	生産または死産の別	生産・死産・生産死産混在
	出産した方の氏名 生年月日	昭和・平成	年	月	日	死産の場合、妊娠からの週数及び日数	満 週 ( )日
	出生児が被保険者の被扶養者であるか	ア ある イ ない [理由]					
	被保険者が出産した時に記入				被扶養者が出産した時に記入		
	被保険者資格取得日・喪失日より6ヶ月以内の出産の場合は				被扶養者に認定されてから6ヶ月以内の出産の場合は		
	取得日以前 又は 喪失日以降の 健康保険証の	記号	番号	認定日以前の 健康保険証の	記号	番号	
		健康保険の 名 称			健康保険の 名 称		
加入者氏名			加入者氏名				
加入区分		自身・親の扶養者・夫の扶養者	加入区分		自身・親の扶養者・夫の扶養者		
勤務先名		勤務先名					

医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	出産した年月日	令和	年	月	日	生産または死産の別	生産・死産・生産死産混在				
	出生児数	単胎・多胎( 児 )				死産(妊娠	ヵ月または 週)				
	うえのとおり相違ないことを証明する。						令和	年	月	日	電話番号
	医療機関の所在地						印				
	医療機関の名称										
	医師・助産師名										
本	籍	筆頭者氏名									
出生届出日	令和	年	月	日	出生児氏名	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。						令和	年	月	日	電話番号	
市区町村長名						印					

◎ 市区町村長の証明は、出生届が出されている場合に限られます。

受 付 日 付 印	受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主(代理人)に委任します									
		被保険者(請求者)氏名									
住所											
代理人の氏名											
支 払 金 融 機 関 欄	金融機関コード					支店番号					
	銀行金庫					本店 支店					
	口座番号	普通・当座									
	口座名義(カタカナで)										

★ ご記入・ご提出の際には、必ず裏面の留意事項をご確認ください。

全日本理美容健康保険組合

## 留意事項

- 1 この申請書の提出に当たって、表面の「医師・助産師又は市区町村長が証明するところ」の欄に出生した医療機関の医師・助産師 又は 出生届を提出した市区町村の窓口にて証明を受けた上でご提出ください。  
(死産の場合には、必ず医師の証明を受けた上でご提出ください。)

- 2 ◆**出産された医療機関で交付される【出産費用の領収書(写)】**

(産科医療補償制度加入の医療機関でご出産された場合、「産科医療補償制度加入の加算対象出産であることを証するスタンプ」の押印がなされています。)



※ 産科医療補償制度に加入する医療機関等の医学的管理下において在胎週数22週に達した日以後に  
出産した場合は50万円となります。(令和5年3月末日までの出産は42万円)  
産科医療補償制度未加入の医療機関での出産や在胎週数22週未満での出産の場合は48.8万円とな  
ります。(令和5年3月末日までの出産は40.8万円)

- 3 ◆**出産された医療機関で交付される【合意文書(写)】**

(この文書には「直接支払制度に係る代理契約を医療機関等と締結していない旨」及び申請先となる「保険者名」が記載されています。)

4. 被保険者の資格喪失後の出産による請求の場合は、上記添付書類の他に  
◆**出産日に加入している健康保険等の【被保険者証(写)】**  
を添えてご提出ください。)

[問合せ先・書類提出先]  
全日本理美容健康保険組合  
〒103-0011  
東京都中央区日本橋大伝馬町1-7  
日本橋ノースプレイス4F  
Tel:03-6661-6106  
Fax:03-5652-5757