

【受取代理用】

被保険者情報	被保険者証の記号番号	記号	番号	所属事業所及び部署名	株式会社●●××部▲▲ユニット 電話 XXX(XXXX)XXXX
		●●	××××		
	氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎		生年月日	平成3年12月22日
	申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒 123-4567 ●●●県XXXX市▲▲▲町 1-2-3 ◆◆◆マンション XXX号			電話 ()
社員番号	1234567		メールアドレス	●●@XXXXXX	

申請内容	出産予定者	家族(被扶養者)		出産予定者氏名	健保 花子
	出産予定日及び胎児数	令和5年10月26日		出産予定者の生年月日	平成5年10月2日
		①	①単胎 ②多胎(児)		
	出産予定の医療機関名称	〇〇産婦人科		出産予定の医療機関住所	神奈川県横浜市〇〇町3-3-3
	■下記に該当する場合に記入 1. 被保険者が退職後6か月以内の出産→ 現在加入している保険者名・記号番号 等 2. 被扶養者が認定後6か月以内の出産→ 以前加入していた保険者名・記号番号 等			保険者名	電話 ()
			記号-番号	—	

備考	■申請書の受付は出産予定日の2か月前からになります。
	■母子手帳の出産予定日が分かる部分のコピーまたは出産予定日を証明する書類を添付してください。

受取代理人（医療機関）の欄	診療報酬請求書
	この欄は、医療機関に記入を依頼してください

令和 ○年 ○月 ○日
受付日付印