

| | | | | | | | | |
|--|---|---------------|------------------------------|---------------|-----------------------|-------|---------------|---|
| 被保険者が記入するところ | 被保険者証等の記号番号 | 記号 番号 | 被保険者資格取得日 | 年 月 日 | 被保険者資格喪失日 (喪失後の場合) | 年 月 日 | | |
| | フリガナ | 被保険者(申請者)氏名と印 | | 被保険者(申請者)住所 | 〒 | | | |
| | 生年月日 | 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 | 年 月 日 | 被保険者と出産した者の続柄 | | | | |
| | 出産した年月日 | 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 | | | | | |
| | 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか | ある ・ 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 | | | | | |
| | 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、現在の保険証の保険者名・記号番号等をご記入ください。 | | 保険者名 (国民健康保険又は、健康保険組合名など) | 電話 () | | | | |
| 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・記号番号等をご記入ください。 | | 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。

| | | | | | | |
|--------------|--------------------|-----------|----------|-------|----|--------------|
| 医師・助産師の証明欄 | 出産年月日 | 年 月 日 | 生産又は死産の別 | 生産・死産 | 週数 | (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 | 年 月 日 | 出生児の数 | 単胎・多胎(児) | 出産年月日 | 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 | | ☎ ※ | | | | |

※医師および市区町村長の押印は省略可能です。ただし、省略した場合は診療報酬明細書(レセプト)との突合確認が完了してからの支給となります。

【給付金の支払について】

①**在職の被保険者**：給与と合わせて会社から振り込まれます。委任状に記入、捺印してください。

| | | |
|-----|-----------------------------|---------------------|
| 委任状 | 本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 | 年 月 日 |
| | 被保険者(申請者) | ☎ ※被保険者が記入するところと同じ印 |

②**任意継続被保険者**：取得時に指定された被保険者の口座に振り込まれます。(口座の記入は不要)

③**退職者(任意継続被保険者除く)**：口座情報を記入して下さい。指定された口座に振り込まれます。

受付日付印

| | | | |
|--------------|------|------|-------|
| 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) | | | |

マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合にはをお願いいたします。)

【送付先】 ※社内便は黄色のInter Office Mail、社外は書留郵便もしくはレターパックをご利用ください。

社内便の場合：SGT/CC 不要/マイクロソフト健康保険組合

社外の場合：〒108-0075 東京都港区港南2-16-3 品川グランドセントラルタワー

マイクロソフト健康保険組合宛