

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号番号	4811 第 号	事業所名 社 名 所属部署	部	課	
	出産年月日 (出産予定日)	年 月 日	死産であるときはその旨			
	出産した医療施設等 の所在地・名称				保険適用の有無 正常分娩・異常分娩 (保険適用なし) (あり)	
	被扶養者の分娩の時は その氏名			被扶養者の 生年月日	昭和 平成 年 月 日	
	出生児の名前			被保険者 との続柄	被保険者の 被扶養者かどうか	被扶養者・ 被扶養者でない
	支払方法 口座振込	銀行	支店	預金種別 当座 普通	口座番号	フリガナ 口座名義
<p>上記により給付金、金 円を請求します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 被保険者 氏名</p> <p>阪神高速道路健康保険組合理事長 殿</p>						

↑ 支払口座は、被保険者(請求者)名義のものを記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	被保険者(請求者)の住所・氏名		代理人の氏名	被保険者(請求者)との関係
	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。			
	被保険者(請求者)	年 月 日	代理人の住所・電話番号	
	住所		〒 -	
	氏名		電話 ()	

↑ この欄は給付金の受取りを代理人に委任する場合のみ、記入してください。

医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 の 証 明 欄	出産した年月日	年 月 日	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)	備考	
	上記のとおり相違ないことを証明する。			
	令和 年 月 日			
	医療施設の名称・所在地 医師・助産師名			
	本籍		筆頭者氏名	
	出生届出日	年 月 日	出生児氏名	出生年月日 年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明する。				
年 月 日				
市区町村長名				

【添付書類】

1. 産科医療補償制度加の医療機関等の場合は、「所定のスタンプ印の押印がある領収書」の写し
2. 医師・助産師又は市区町村長の証明欄に記入がない場合は、「出産証明書」または「住民票全部記載事項」の写し
3. 医療機関等と取り交わした「直接支払制度を利用しない旨合意した文書」の写し

※ 法定給付額 50万円 (但し、産科医療補償制度未加入分娩機関での出産等の場合は48.8万円)