

◎申請上の注意
一、標題の被保険者、家族は該当する文字を○で囲んでください。
二、医師・助産師または市区町村長に証明を受けてください。

被保険者証の 被記号・番号	記号	番号	従業員番号				
所属事業所名 及び部署	電話（内線）						
被保険者の 氏名			被保険者の 生年月日	昭和 平成	年	月	日
出産年月日	令和	年	月	日	死亡のとき はその旨		
出産した場所	医療機関 等名称						
	医療機関 等所在地						
出産した医療機関の産科 医療補償制度加入の有無	有 ・ 無		直接支払制度利用の有無	有 ・ 無			
被扶養者の出産である ときはその氏名・生年月日				昭和 平成	年	月	日
出生児の氏名			出生児の 生年月日	令和	年	月	日
出生児が 被扶養者かどうか	被扶養者で ある ない	出生児が被扶養者で ないときはその理由					
被扶養者として認定され て、6か月以内の出産で ある場合、最後に加入し ていた健康保険について （以前の会社に確認して記入 してください。）	健康 保 険 の	名称					
		所在地	(電話)				
		記号	番号	加入 期 間	自 至	年	月
女子被保険者であった その者が資格喪失後に 加入している健康保険 について （保険証を見て記入して ください。）	健康 保 険 の	名称					
		所在地	(電話)				
		記号	番号	夫の 氏名	フリガナ		
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 (〒 -) 住所 被保険者 氏名 電話 () ヨドバシカメラ健康保険組合理事長 殿							

振 込 先	銀行 金庫	本店 支店	普通・当座	店 番 号
	口座名義 (被保険者名義)	カタカナで記入してください。	口座番号	

医 師 ・ 助 産 師 が 証 明 す る 欄	出産年月日	令和	年	月	日	生産・死産の別	生産・死産（妊娠 第 月又は第 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する。 令和 年 月 日 (〒 -) 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名						
市 区 町 村 長 が 証 明 す る 欄	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
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名 印						

※「直接支払制度を利用しない」旨を記載した合意文書の写し、及び領収書、
明細書の写し(「出産日」「出生児数」の記載があるもの、産科医療補償制度加
入のスタンプがあるもの)の写しを添付してください。

受付日付印

キリトリ線