

取扱注意 秘密情報
複製禁止

決 裁 令 和 年 月 日

健 保 使 用 欄	受 付		登 録		常務理事	事務長	関係者	担 当
	支給額		円		受付番号	NO. 1-		
	資格取得		昭和 平成 令和	年 月 日	資格喪失	令和 年 月 日		

健康保険

~~家 族~~ 出産育児
(直接支払制度を利用し差額請求をする場

連絡先は業務時間内(9:00~17:00)に連絡が取れる番号(内線・PHS・外線等)をご記入ください。

中部電力健康保険組合 常務理事 殿

令 年 5 月 14 日 届出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号	1	会社名・所属	(株) △△支店××部××G			
		番号	12345		連絡先	×××-××××-××××		
	被保険者氏名	健保 花子						
	分娩した者の氏名	健保 花子	生年月日	昭和 平成	4 年 7 月 7 日	続柄	本人	
	分娩年月日	令和 〇〇 年 5 月 5 日	妊娠	10	ヶ月	・ 40	週	
生産または死産の別	1. 生産	2. 死産	3. 生産・死産混在	「生産」の場合 出生児数	1 児	「死産」の場合 死産児数	児	

◎医療機関から交付される費用の内訳を記した領収・明細書(直接支払制度を利用した旨の記載および産科医療補償制度加入機関での出産の場合はそのスタンプ押印のあるもの)のコピーを添付ください。