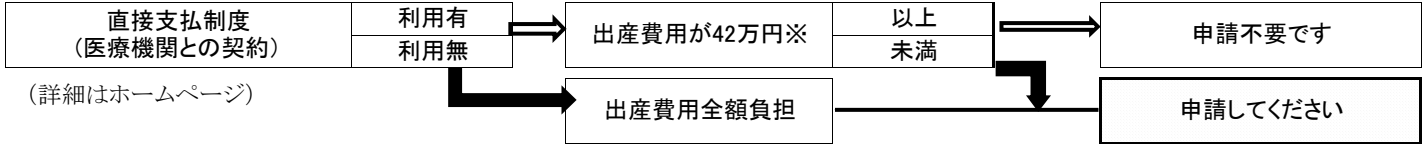


下の方は申請してください。

※産科医療保障制度未加入の出産・死産、海外での出産の場合は40万4千円



被保険者 記入欄	被保険者の欄	記号(1か2) <input type="checkbox"/>	番号(保険者番号06270748ではありません) <input type="text"/>	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	氏名・印	(フリガナ) <input type="text"/>		印 こちらについては、自署の場合は押印を省略できます
	分娩した方の欄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	氏名 <input type="text"/>	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	分娩年月日	年 月 日		
	生産・死産別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産	「生産」の場合 出生児数 人	「死産」の場合死産児 数と妊娠経過期間 人・満( )週
	産科医療保障制度	<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入	※産科医療補償制度加入分娩の場合は領収書または請求書に押印があります。	
	金融機関名称(コード)	( )	支店名(コード)	( )
	預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号	<input type="text"/>
	口座名義(カタカナ) 被保険者の口座を記入	こちらの記入口座に必ず振り込まれるわけではありません		
	振込口座について	基本的には、事業主経由で被保険者口座に振り込みします。(事業主により給与合算など、上記に記入いただいた口座ではない事があります。) 直接支払制度を利用した分娩で、差額の支払いは、医療機関からの請求を確認後に振込いたします。その為、医療機関からの請求時期により、上記口座に直接振り込む場合と、事業主経由で振込む場合があります。		
届出委任について	※届出を事業主に委任される場合(右の承認印を押印) 添付書類をそろえて事業主へ提出し事業主から健保へ ※届出を事業主に委任しない場合(右の委任の承認印は押印不要) ①被保険者の記号、番号、氏名を記入し事業主へ提出 ②事業主から受領代理人である事業主印を押印されたものを受取る ③残りの必要事項を記入し、添付書類と一緒に被保険者から直接健康保険組合へ届出を行う			委任します 印

医療機関 証明欄	出生者氏名	<input type="text"/>	出産年月日	年 月 日
	出生児の数	人	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (満( )週) ( )日
	上記のとおり相違ないことを証明する	医療機関の所在地 医療機関の名称 年 月 日 医師・助産師の証明		

事業主 証明欄	受領の代理人であることを証明します。	年 月 日
	事業所所在地	印
	事業所名称	
事業主氏名		

上記の事由に該当するため、申出します。

年 月 日

## ※添付書類

- 直接支払制度の合意文書(医療機関と締結)のコピー  
 産科医療保障制度の押印がある領収書(または請求書)のコピー  
 (大阪ガス:届出を委任しない) ①の時に返送用の重要便シールを同封

決定金額 円

算定

( )医療費計算 ( )EB

大阪ガス健康保険組合

健保受取印

※当帳票の内容については、健康保険業務以外の目的には使用しません。