

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号	記号 番号				
	② 被保険者の 氏名		③ 被保険者の 生年月日	昭和 平成	年 月 日生	
	④ 被扶養者が出産の場合 その方の氏名・生年月日		⑤ 生年月日	昭和 平成	年 月 日生	
	⑥ 生産または死産の別	生産	人			
		死産	人	妊娠経過期間	満	週
	⑦ 出産した場所	医療施設等の 名称				
		医療施設等の 所在地	〒			
	⑧ [フリガナ] 出生児の氏名	[]	⑨ 出生児の生年月 日及び性別	平成	年 月 日生	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	⑩ 振込希望の銀行 (原則給与口座振込)	銀行	支店	普通 当座	口座番号	口座名義 (カタカナ)
	⑪	上記のとおり請求します。			平成	年 月 日
		被保険者の 住所 〒				
		氏名		Ⓜ		
	ノバルティス 健康保険組合理事長 殿					
⑫ 備考						

被保険者証の記号番号を記入した場合は備考欄へのマイナンバーの記入は不要です。

★直接支払制度を利用しない場合は下記に出生証明をお願いします。

証 明 欄 (い ず れ か に ご 記 入 く だ さ い)	⑬ 出産年月日	平成 年 月 日	⑭ 生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 週)	
	⑮ 出生児の数	単胎・多胎(児)			
	⑯	上記のとおり相違ないことを証する。			平成 年 月 日
		医療施設の所在地			
		医療施設の名称			
		医師・助産師名		Ⓜ	
市 区 町 村 長 に よ る 証 明 (生 産 の み)	⑰ 本籍		⑱ 筆頭者氏名		
	⑲ 出生届日	平成 年 月 日	⑳ 出生児 氏名	㉑ 出生 年月日	平成 年 月 日
	㉒	上記のとおり相違ないことを証する。			平成 年 月 日
	市区町村長名		Ⓜ		

【添付書類】

- 医療機関等から交付される出産費用の「領収書・明細書」のコピー
 - 医療機関等から交付される合意(又は合意しない)文書(直接支払制度に係る契約書)のコピー。
- *「受取代理制度」を利用された方は、上記の添付書類の提出及び出生証明書の記入は不要です。

健保受付日付印