

| 支給額 円 | 直接支払制度利用 内訳 | □ 有 | □ 無 | 基金支払日 円 | 常務理事 | 事務長 | 係 |
|----------|----------------|---------|---------|------------|------|-----|---|
| | | 出産育児一時金 | 出産育児付加金 | | | | |

野村證券健康保險組合殿

出産 "Notice of Credentials"
家族 instead of the My
出産書 Number. 求書

Enter the symbol and number described in the "Notice of Credentials" instead of the My Number.

| | | | | | |
|--|--|-------------|--|------------------------|--|
| Health Insurance Symbol/Number | | | | Name of Insured Person | |
| 被保険者等 記号・番号 | 記号 | 3 3 ○ × | 被保険者 の氏名 | ○村 ○郎 | |
| Date of delivery | | | | Telephone Number | |
| 分娩日 | 令和 | ○ 年 × 月 ○ 日 | Daytime phone number where we can reach you during business hours. | | |
| Address of Insured Person | | | 0 × × (○○○) × × × × | | |
| 被保険者の住所 | | | 電話番号 | | |
| Name of the employing company and department | | | 0 × × (× × ×) ○○○○ | | |
| 会員登録 記入 | 野村證券(株)○○支店 | | 連絡の取れるメールアドレスをご記入ください。 | | |
| email address of Insured Person | | | Please provide your email address where we can contact you. | | |
| メールアドレス | abc123def456@gmail.com | | | | |
| Hospital Name & Address if hospitalized | | | | | |
| 分娩時に入院 した病院等 | 所在地 | ○○市○○町○一○一○ | Relationship/ Self : 本人 Family : 家族 | | |
| Name of Delivery | | | 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> | | |
| 分娩者氏名 | ○村 ○子 | | | | |
| 直接支払制度 | 直接支払制度を | | 添付書類 | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 利用した <input type="checkbox"/> 利用していない | | 添付書類は不要です • 分娩費用明細書又は出産費用明細書※のコピー • 合意文書のコピー(直接支払制度を利用しない旨) | | |

※妊婦合計負担額、代理受領額等が記載されていて、産科医療補償制度の加算対象である旨の文言やスタンプがあるも

以下の証明は、直接支払制度を利用していない場合のみ必要です。（直接支払制度を利用した場合は不要です。）

| | | | | | |
|---|----------------------------|--------|---------|--|---|
| 証明欄 (いづれかにご記入ください) | 分娩者 | | 生産・死産の別 | 生産死産 | (正常・異常) (満週日) |
| | 分娩日 | 令 | | | 多胎()児 |
| | 上記の通り相違なし | | | | 月 日 |
| | 医療機関住所 医療機関名等 医師・助産師 | | | | 号() |
| の市 場区 合町 (村 生長 による のみ) の 証 明 | 母の氏名 | | | | |
| | 子の氏名 | 出生の年月日 | | 令和 <input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日 | |
| | 上記の通り相違ないことを証明する。 | | | | 令和 <input type="radio"/> 年 <input checked="" type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日 |
| | 市区町村長名 | | | 印 | |

Health-insurance benefit payee

| | | | | | | | |
|----------------------------|----------|------------|----------------|---|-------|-----------|--------|
| 振込先 (被保険者 名義の 口座) | 銀行コード | ○○○○ | Bank | 銀行 信金 | 支店コード | 支店 出張所 | Branch |
| | ○○○○ | | | | ○○○○ | | |
| | 普通 当座 | 口座番号 | Account number | Bank account name (Please refer your account name to your cash card or bank statement.) | | | |
| | | 1 1 1 ○○○○ | | | | | |

・直接支払制度を利用した場合は、出産育児付加金の請求となります。（出産費用が50万円未満の場合は差額も支給いたします。）

・振込は直接支払制度利用の確認後（出産日から約3ヶ月後）となります。至急での受取りをご希望される場合は当健保組合にお電話ください。

① Please check one of the following boxes:

② I used the system of direct payment of Childbirth and Childcare Lump-sum Grant to medical institutions.

Attachments are not required.

③ I did not use the system of direct payment of Childbirth and Childcare Lump-sum Grant to medical institutions.

Documents to attach

(1) A copy of the receipt containing a breakdown of childbirth costs.

(2) A copy of the delivery (childbirth) cost statement*

(3) A copy of the agreement (stating that the system of direct payment of Childbirth and Childcare Lump-sum Grant to medical institutions will not be used)

④* The document is required to state the total amount paid by the pregnant woman, the amount received by the agent, and similar details, and that includes a stamp indicating eligibility for the maternity medical care compensation scheme. Regarding the stamp, either (1) or (2) can be used.

⑤ The following proof is required only if you are not using the system of direct payment of Childbirth and Childcare Lump-sum Grant to medical institutions.(It is not necessary if you use the direct payment system.)

⑥ • If you use the Direct Payment System for the Childbirth Lump-Sum Allowance, you can claim only the additional sum (allowance). (If your total bill is less than 500,000 yen ,the difference will be paid.)

• The transfer will be made after our confirmation of the use of the system of direct payment of Childbirth and Childcare Lump-sum Grant to medical institutions. (approximately 3 months after the delivery date). Please contact us by phone if you need to transfer money to your bank immediately.