

※直接支払制度に係る代理契約を医療機関等と締結し、直接支払制度を利用された方または受取代理制度を申請された方は、既に病院へ給付を行っているため出産育児一時金の申請は出来ません。

出産育児一時金の差額支給を希望される方は、「出産育児一時金等内払金支払依頼書」を提出してください。

### <記入上の注意>

- ①の欄は、保険証で確認の上、記入してください。資格喪失後の申請の場合は、空欄で結構です。
- ②の欄は、該当する年号をマルで囲んでください。
- ④の欄は、被保険者が自ら記入(自署)する場合には、押印は不要です。なお、被保険者以外の方の押印を省略することはできません。
- 生産の場合は、「医師・助産師又は市区町村長が証明するところ」の欄に、医師、助産師、または市区町村長の証明のいずれかを受けてください。
- 死産の場合は、⑧の欄は記入せず、「医師・助産師又は市区町村長が証明するところ」の欄に医師から妊娠何ヶ月目の死産であるかを( )内に書き入れてもらってください。
- ⑤の欄は、日中連絡の取れる電話番号を記入して下さい。(携帯電話可)
- 給付金の受け取りを他人に委任するときは、受取代理人の欄に必要な事項を記入して下さい。また、支払金融機関の欄に受取代理人名義の口座を記入して下さい。なお、受取代理人の欄の被保険者および受取代理人の④は必ず押してください。
- 振込先は、銀行・信用金庫およびゆうちょ銀行のみの取扱いです。  
※ゆうちょ銀行をご指定される方は、全銀システム対応の支店・口座番号を記入して下さい。

### ※各種現金給付の支払日について

- 給付金の支払日は、申請書が健保に到着した日より概ね次のように処理します。  
10日までに到着・・・当月15日に支払  
20日までに到着・・・当月25日に支払  
月末までに到着・・・翌月5日に支払  
※支払日が土・日・祝の場合、翌営業日のお振込になります。  
※大型連休がある期間については、上記のお支払日が多少変更となります。  
※申請書や添付書類に不備があった場合は、訂正後のお支払いとなります。

### <添付書類について>

- 「産科医療補償制度」加入の分娩機関で出産された方は、その医療機関が発行する領収書(写しでも可)を添付してください。
- 医療機関から交付される代理契約に関する文書(合意文書)の写し  
※この文書には、「直接支払制度に係る代理契約を医療機関等と締結していない旨」及び申請先となる「保険者名」が記載されています。これは、保険者において、直接支払制度が利用されていないこと(同一の保険者へ重複して申請されていないこと)を確認するため、また、申請先となる保険者を特定させることにより他の保険者へ重複して申請することを防ぐためです。
- 医師・助産師又は市区町村長の証明が受けられない場合は、下記の確認できる書類が必要となります。  
(ア) 戸籍謄(抄)本  
(イ) 戸籍事項記載証明書  
(ウ) 登録原票記載事項証明書  
(エ) 出生届受理証明書  
(オ) 母子手帳(原本を提示してください。確認後お返しします)
- 証明等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。(翻訳文には、翻訳者の住所および氏名を明記してください)

### ○お問合せ先

アイフル健康保険組合

〒600-8420

京都府京都市下京区烏丸通五条上高砂町381-1

内線:1697 外線:075-353-0211 FAX:075-371-2121

201102

# 健康保険

被保険者  
家族

# 出産育児一時金支給申請書

問合せ先・京都市下京区烏丸通五条上る高砂町381の1 アイフル健康保険組合

内線・1697 外線・075(353)0211

被 保 険 者  (本 人)  が 記 入 す る と こ ろ	①保険証の記号番号		②生年月日		③会社・所属名称	
	-		昭和 平成 年 月 日		(TEL: )	
	④被保険者の氏名と捺印			⑤被保険者(申請者)の住所		
	フリガナ			〒 -		
	⑥社員番号			⑦生産・死産の別と産児数		
	イ. 生産 : 人			ロ. 死産(妊娠経過期間 ヶ月 週): 人		
	⑧出生児の氏名(複数出生の場合は全員を記入)		⑨分娩年月日		⑩被保険者と出生児の続柄	
	フリガナ		平成 年 月 日		※長男、次男等具体的に	
	⑪振込先(省略不可。必ず④の本人名義のもの) ※健保届出時と苗字が異なっている場合は氏名変更届が必要になります。					
	銀行 信用金庫		本店 支店		普通	
⑫出産者について記入してください(A・Bどちらか一方に記入)						
A. 本人(④)が出産した場合			B. 被扶養者が出産した場合			
フリガナ			フリガナ			
1. 夫の氏名			1. 被扶養者の氏名 旧姓			
2. 夫の生年月日			2. 被扶養者の生年月日			
3. 夫の勤務先			3. 被扶養者となった日から			
4. 夫の加入している健康保険			イ. 半年以上			
※夫の保険証を見て正確に記入してください。			ロ. 半年以内			
・種別			4. 上記3で「ロ」の場合のみ以下に記入してください。			
イ. 健康保険組合			・被扶養者の以前の勤務先名			
ロ. 社保(政府管掌保険)			Tel: 年 月 ~ 年 月迄			
ハ. 国保			・以前の勤務先で加入していた健康保険について			
ニ. その他( )			1) 種別 (イ. 健保組合 ロ. 社保 ハ. 国保			
・保険者名			ニ. その他 )			
・記号番号			2) 保険者名			
・保険者のTEL			3) 保険者のTEL			
※未婚出産の場合は、欄内にメと記入して下さい。						
※「保険者」とは、保険料を徴収したり、保険給付を行ったりする運営主体のことで、アイフルにお勤めの方はアイフル健康保険組合が保険者ということになります。保険者名・記号番号・保険者のTELは保険証に記載されています。退職して保険者名等がわからない場合は、以前の勤務先に問い合わせください。						
「産科医療補償制度」への加入状況※		加入している		加入していない		
「直接支払制度または受取代理」の利用※		合意した		合意していない		
分娩年月日		生産又は死産の別		出生児の数		
平成 年 月 日		イ. 生産 ロ. 死産(妊娠 ヶ月( 週))		単胎 ・ 多胎 ( 児)		
上記のとおり相違ないことを証明します。						
医療機関 所在地		平成 年 月 日		TEL( ) -		
又は産院 名称						
医師又は助産師名と捺印		⑤				
出生届出日	平成 年 月 日	出生児氏名	生年月日	平成 年 月 日		
本籍			筆頭者氏名			
上記のとおり相違ないことを証明します。						
市区町村長名		平成 年 月 日				
		⑤				
受取代理人の欄						
本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。						
被保険者 住所		平成 年 月 日				
(申請者) 氏名		⑤				
代理人の住所		⑤				
氏名(フリガナ)						
委任者と代理人との関係		受付日付印				

※「産科医療補償制度」に加入している病院等で出産された場合は、指定スタンプの押印の提示が必要です。  
 ※「出産一時金直接支払制度」を利用されなかった場合は、合意文書の写しを添付してください。