

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

TEL: 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 | | | 令和 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 イ. 半年以上 ロ. 半年以内 | | | | |
| 4. 夫の加入している健康保険 ※夫の保険証を見て正確に記入してください。 ・種別 イ.健康保険組合 ロ.社保(政府管掌保険) ハ.国保 ニ.その他() | | | | 4. 上記3で「ロ」の場合のみ以下に記入してください。 ・被扶養者の以前の勤務先名 TEL: _____ ・勤務期間 年 月 ~ 年 月迄 ・以前の勤務先で加入していた健康保険について 1)種別(イ.健保組合 ロ.社保 ハ.国保 ニ.その他) 2)保険者名 _____ 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、以前の勤務先にお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 | | | | |
| 令和 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 | | 又は産院 名称 | | 令和 年 月 日 | | | | |
| 医師又は助産師名と捺印 | | | | TEL() - | | | | |
| 出生届出日 | | 出生児氏名 | | 生年月日 | | 令和 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 | | | | 令和 年 月 日 | | | | |
| 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 | | 住所 | | 令和 年 月 日 | | | | |
| (申請者) 氏名 | | 氏名 | | | | | | |
| 代理人の住所 | | 住所 | | | | | | |
| 氏名(フリガナ) | | 氏名 | | | | | | |
| 委任者と代理人との関係 | | 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。