

出産育児一時金請求書の事前申請について

被保険者の皆様に対する留意事項

1. この請求書による出産育児一時金請求書の事前申請は、出産予定日まで1ヶ月以内であることとなっております。
2. この請求書を提出いただいた場合、出産予定の医療機関等とアイフル健康保険組合の間において請求書の有無、分娩に関する証明、及び分娩費用に関する情報の提供を行いますので、予めご了承願います。標題の「被保険者」「家族」の文字は、いずれか該当する方をマル(○)で囲んで下さい。
3. 「生年月日」の欄は、該当する年号をマル(○)で囲んで下さい。
4. 「被保険者氏名」の欄は、被保険者自ら記入(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。
5. この請求書の提出に当たっては、次の書類を提示するか、又はその写しを添付してください。
 - ・母子保健法第16条第1項の規定により交付された母子健康手帳その他出産予定日を証明する書類

医療機関等の皆様に対する留意事項

1. この請求書を受付けた時は、アイフル健康保険組合から受付を行った旨を連絡しますので、住所・名称・電話番号を記載して下さい。
2. 分娩し、分娩費用が確定した場合は、分娩費請求書及び出産証明書類の写しを速やかにアイフル健康保険組合へ提出して下さい。この場合、アイフル健康保険組合から受付通知書送付の際に同封する用紙も記入の上、請求書に添えて送付して下さい。
3. 産科医療補償制度加入分娩機関は、加入分娩機関を証明するスタンプを押した領収書の写しを添えて送付して下さい。

被保険者・医療機関等の皆様に対する留意事項

1. この請求書による出産育児一時金の支払いは、次のとおりです。
 - (1) 医療機関等の出産に係る請求額が42万円※以上である場合、出産育児一時金等の全額を医療機関等へお支払いします。
 - (2) 医療機関等の出産に係る請求額が42万円※未満である場合、請求額として記載されている額を医療機関等へお支払いし、その請求額と42万円※との差額については、被保険者へお支払いします。
2. 金融機関の欄は、該当する文字をマル(○)で囲んで下さい。
 - ※ 産科医療補償制度未加入分娩機関の場合は、「42万円」を「40.4万円」に、読み替えてください。

ご不明な点等ございましたら、下記までご連絡ください。

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

201603

健康保険 被保険者 出産育児一時金支給申請書 (受取代理用)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号	番号	フリガナ 被保険者氏名 (申請者)	①								
	生年月日	昭和 平成	年	月	日	資格喪失 年	月	日	平成	年	月	日	
	出産予定日	平成	年	月	日	社員コード							
	事業所(勤務先)の 名称と電話番号	会社名			TEL	()							
	被保険者(申請者) 住所・電話番号	〒	-			TEL	()						
	被扶養者が 出産するための 請求である場合	被扶養者氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日					
	※入院する 医療機関の	名称				所在地		TEL	()				
	配偶者の 被保険者証	記号番号		氏名	(旧姓:)	生年月日	昭和 平成	年	月	日			
		勤務先		勤務期間		年	月	～	年	月	迄	保険者名	(健保組合・社保・国保・その他)
		TEL ()											
被保険者に対する支払金融機関の欄 ※口座名義人は被保険者(申請者)本人に限ります。													
										銀行 信用金庫	本店 支店	普通 当座	(口座番号)

受 取 代 理 人 の 欄	①甲()は、医療機関等である乙()を代理人と定め、次の権限を委任する。												
	②甲が請求する出産育児一時金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額(※上限 万円)の受領に関すること。												
	平成 年 月 日 甲(被保険者)の住所 〒 - 氏名 乙(代理人)の住所 〒 - 氏名												
	受取代理人に対する支払金融機関の欄 ※郵便局への振込はできません。												
口座名義人								フリガナ					
										銀行 信用金庫	本店 支店	普通 当座	(口座番号)

平成 年 月 日提出

※ 上記の医療機関等以外で出産することとなった場合は、速やかに当健保組合までご連絡ください。
 ※ 請求の受付後、資格喪失や受取代理人である医療機関等以外で出産することとなった場合には、窓口において出産費用を請求されます。
※「産科医療補償制度」に加入している分娩機関で出産した場合は42万円、加入していない分娩機関で出産した場合は40.4万円が支給されます。

(記入上の注意事項)

- ・印は、はっきり押してください。なお、記入事項を訂正した時は氏名の末尾に押した印を訂正印としてください。
- ・妊娠証明書等の出産予定日を証明する書類(母子手帳の写し等)を添付してください。

【医療機関様】この請求書を受付けた時は、当健保から受付けた旨を連絡しますので、住所・名称・電話番号を記載して下さい。

◆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高砂町381-1 TEL075-353-0211

受付日付印