


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 昭和 平成 ** 年 ** 月 ** 日 | | ③会社・所属名称 アイフル株式会社 ○○部○○課 (TEL: ○○○-○○○-○○○) | |
| | ④被保険者の氏名と捺印 フリガナ アイフル ハナコ 愛振 花子 | | | ⑤被保険者(申請者)の住所 〒***-**** ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ 連絡先:(○○○)○○○ - ○○○○ ※携帯可 | | |
| | ⑥社員番号 ***** | | ⑦生産・死産の別と産児数 イ. 生産 : 1 人 ロ. 死産(妊娠経過期間 ヶ月 週): 人 | | | |
| | ⑧分娩年月日 令和 ** 年 ** 月 ** 日 | | | | | |
| | ⑨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 * * * * * | |
| | ⑩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 フリガナ 1. 夫の氏名 愛振 太郎 2. 夫の生年月日 ** 年 ** 月 ** 日 3. 夫の勤務先 ○△□株式会社 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 <input checked="" type="radio"/> 健康保険組合 ロ. 社保(政府管掌保険) ハ. 国保 ニ. その他() ・保険者名 ○△□健康保険組合 ・記号番号 * * * - * * * * * ・保険者のTEL ○○○-○○○-○○○○ | | | B. 被扶養者が出産した場合 フリガナ 1. 被扶養者の氏名 旧姓 2. 被扶養者の生年月日 3. 被扶養者となった日から イ. 半年以上 ロ. 半年以内 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 _____ | | |
| | ※「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 令和 年 月 日 | | 生産又は死産の別 イ. 生産 ロ. 死産(妊娠 ヶ月(週)) | | 出生児の数 単胎 ・ 多胎 (児) | | |
| <p>この欄は医療機関に記入をご依頼ください</p> <p>産科医療補償 制度加入機関</p>  <p>※分娩後、出産育児一時金等の申請の際は この領収書の写しが必要となります。</p> | | | | | | |
| 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 令和 年 月 日 (申請者) 氏名 代理人の住所 氏名(フリガナ) 委任者と代理人との関係 | | | | | | |

※「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。 202207