

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)	愛振 太郎				
	生年月日	昭和 **	**	**	資格喪失 年月日	平成 **	**	**	
	出産予定日	令和 **	**	**	日	社員コード	*****		
	事業所(勤務先)の 名称と電話番号	会社名 アイフル株式会社			TEL	000-000-0000			
	被保険者(申請者) 住所・電話番号	〒 ****-****			00000000000000000000	TEL	000-000-0000		
	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	愛振 花子		生年月日	昭和 **	**	**	
	※入院する 医療機関の	名称	000レディースクリニック			所在地	00000000000000000000		
		所在地	00000000000000000000			TEL	000-000-0000		
	配偶者の 被保険者証	記号番号	いろは***	氏名	(旧姓: △△) 愛振 花子	生年月日	昭和 **	**	**
		勤務先	○△□産業(株)		保険者名	(健保組合・社保・国保・その他) ○△□			
勤務期間		XX年 XX月～ XX年XX月迄		TEL	00000000				
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。									
000		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( 愛振 太郎 )は、医療機関等である乙( 医療機関記載 )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(※42 万円)の受領に関する事。									
	令和**	年	**	月	**	日	甲(被保険者)の住所	〒	***-****	00000000000000000000
	氏名	愛振 太郎								
	乙(代理人)の住所	[医療機関が記載してください]			氏名	[医療機関が記載してください]				
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。										
[医療機関が記載してください]										
口座名義人		銀行	信用金庫	本店	支店	普通 当座	(口座番号) * * * * *			

令和\*\* 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

201904

受付日付印



産科医療補

(産科医療補償制度の対象分娩です。)

※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。

