

★ご注意★

現在、出産費用に関しては、出産を控える方と分娩先の医療機関とが合意し、直接医療機関へ出産育児一時金を支払ってもらう直接支払制度と、直接支払が利用できない診療所等に対して被保険者が医療機関へ健保組合に対し、一時金の請求を代理で行ってもらう受取代理制度があり、基本的には多額の出産費用を病院へ用意する必要はありません。

※貸付制度と直接支払制度および受取代理制度は併用することが出来ません。また、貸付を受けた方は直接支払制度および受取代理制度を利用することは出来ませんので、ご注意ください。

《申請方法》

1. 出産費貸付金貸付申込書を記入し、署名してください。
2. 借用証書欄の「借受人」のところに、住所・氏名・捺印・事業所名（所属）・記号番号を記入してください。（日付と金額は空白のままお願いします。貸付後こちらで記入いたします。）
3. 申込書・借用書、必要な添付書類（母子手帳の写し等）を、健康保険組合まで郵送してください。
4. 貸付金額振込後、「決定通知書」を送付いたしますので、金融機関口座を確認してください。
5. 残金につきましては、出産後に別途「出産育児一時金請求書」をご提出ください。
出産育児一時金から貸付した金額を引いて、振り込みます。
その際、「借用証書」の写しを「清算済」としてお返しします。

※貸付の申し込みを行った後、貸付金の返済が完了するまでの間に下記の項目に該当する場合は、必ずご連絡ください。

- ①住所・氏名の変更 ②口座の変更 ③被保険者資格の喪失 ④出産予定医療機関

以上、不明点等ございましたら、健保までお問い合わせください。

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

※ 支 払 (貸 付) 決 議 書										
貸付金決定額	¥								円	常務理事 事務長 入力日 担当 担当
算出基礎										

健康保険出産費貸付金貸付申込書

被保険者証	記号	番号	フリガナ 被保険者氏名	
資格取得 年 月 日	平成 令和	年 月 日	資格喪失 年 月 日	令和 年 月 日
出産予定日	令和 年 月 日	社員番号		
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 ()			
貸付申込の要件	① 出産予定日1ヶ月前の者又は出産予定日まで1ヶ月以内の被扶養者を有する者 ② 妊娠4ヶ月以上で医療機関等に一時的な支払いが必要となった者 又は妊娠4ヶ月以上の被扶養者を有する者で医療機関等に一時的な支払いが必要となった者			
請求する保険給付 の種類	① (被保険者)出産育児一時金 ② 家族出産育児一時金			
給付の種類が②の 場合、分娩した 被扶養者の	氏名			
	生年月日	昭和・平成	年 月 日	
	被扶養者となった日	平成・令和	年 月 日	
通入院中の病院 又は産院の名称				
病産院の所在地	〒 -			
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)
健康保険出産費資金の貸付を受けたく上記のとおり申し込みます。				
令和 年 月 日				
被保険者の 住 所				
氏 名				
アイフル健康保険組合理事長 殿				

(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。 受付日付印
- ・貸付申込の要件が①の場合は、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)・出産費貸付金借用書を添付してください。
- ・貸付申込の要件が②の場合は、上記のもの他、医療機関等が発行した出産費用の分かる請求書(原本)又は領収書(原本)を添付してください。

◆住所変更・口座名義変更等のお問合せ先: 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

出産費資金借用証書

アイフル健康保険組合 理事長 殿

金額							円
----	--	--	--	--	--	--	---

私は、アイフル健康保険組合「出産費貸金貸付規程」に基づく資金を上記のとおり借用しました。

借用の上は、同資金貸付規程を遵守し、返済します。

年 月 日

【借受人】

〒

住所

氏名

事業所名称

記号・番号

貸付用

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被保険者氏名		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: _____				
・保険者名				・勤務期間 年 月 ~ 年 月迄				
・記号番号				・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)				
・保険者のTEL				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		令和 年 月 日						
又は産院 名称		TEL() -						
医師又は助産師名と捺印		⑩						
出生届出日	令和 年 月 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						
		⑩						
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		⑩						
代理人の住所		⑩						
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。