

記入例

【添付書類】
 ・医療機関等から交付された領収書・明細書の写し
 ・医療機関等から交付された出産費用についての領収書・明細書の写し
 ・産科医療補償制度加入機関「スタンプ」が押された領収書・明細書の写し
 ・産科医療補償制度加入機関「スタンプ」が押された領収書・明細書の写し
 ・産科医療補償制度加入機関「スタンプ」が押された領収書・明細書の写し

健康保険給付金	保険給付費支給決定と支払伺	円	取得	・	・	喪
総支給額	金	円	取得	・	・	喪
出産育児一時金	法定金	円	取得	・	・	喪
付加金	円	取得	・	・	・	喪
家族出産育児一時金	法定金	円	取得	・	・	喪
付加金	円	取得	・	・	・	喪

出産育児一時金・付加金 支給申請書 家族出産育児一時金・付加金

①被保険者証記号番号	記号	1000	番号	00	②被保険者(申請者)	健保 一郎
③事業所名称	情報サービス株式会社					
④被保険者(申請者)住所・電話番号	〒 460 - 0000		名古屋市中区〇×-〇×-〇×		TEL(052) 000 - 0000	
⑤出産年月日	平成	29年	4月	1日	⑥生産・死産の別	生産・死産(第 1 週)
⑦家族の出産であるときは、その氏名と生年月日	氏名	健保 花子		続柄	妻	
	生年月日	昭和 平成		58年	3月 3日	
⑧出生児の氏名	健保 愛		⑨出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で ある・ない		
被扶養者でないときはその理由	1. 夫の被扶養者になる 2. その他()					
⑩被保険者が出産した場合	該当する支給条件はどちらですか		⑩家族(被扶養者)が出産した場合		当健保の加入から6ヶ月以内の出産であるか	
	1. 被保険者期間中の出産 2. 資格喪失後6ヶ月以内の出産 〔2の場合は出産日現在加入している医療保険制度を下欄に記入してください〕		1. なし 2. ある		〔2の場合は退職前に加入していた医療保険制度を下欄に記入してください〕	
⑪制度名及び被保険者	健康保険組合		加入時の氏名		保険証記号番号	
協会けんぽ 愛知 支部	鈴木 花子		記号		番号	
国民健康保険 市町村名()	20110318		10			
※資格喪失後6ヶ月以内に出産した被保険者が請求する場合のみ記入してください						
④	振込希望の銀行名	本・支店名	預金種別	口座番号	口座名義人	
			1.普通 2.当座			
委任状	請求金額の受領を下記の者に委任します。					
	平成	29年	4月	14日	⑤被保険者氏名	健保 一郎
	委任された者の事業所所在地		名古屋市中区001-1-1		之代表者印	
	委任された者の事業所名称		情報サービス株式会社			
	委任された者の代表者氏名及び印		情報 太郎			

同一印で捺印してください

証明の場合	医師・助産師による	出生者氏名	健保 花子	出生年月日	平成	29年	4月	1日	
		出生児の数	単児・多児(児)	生産・死産の別	生産・死産(第 週)				
		上記のとおり相違ないことを証明する	医療施設の名称	情報病院					
		平成	29年	4月	13日	所在地	名古屋市中区〇×-〇×		
		⑥	医師・助産婦名	健康 大一					
証明の場合(生産のみ)	市区町村長による	本籍	筆頭者氏名						
		母の氏名	出生児氏名	出生年月日	平成	年	月	日	
		上記のとおり相違ないことを証明する							
		平成	年	月	日	市区町村長名	印		

備考欄

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です。
 (マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票の写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。また、事業主様経由で提出する場合は、「委任状などの代理権が確認できる書類(申請書の提出を事業主に委任する内容を記載した文書)」及び「代理人の身元確認書類(事業主の運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要となります。)

愛知県情報サービス産業健康保険組合

- ① 死産のときは、妊娠何週目の死産か記入してください。
- ② 多胎のときは氏名を併記してください。
- ③ 被保険者が資格喪失後6ヶ月以内に出産した場合、又は被扶養者が出産日以前6ヶ月以内に勤務経験がある場合に記入してください。
- ④ 被保険者が資格喪失後6ヶ月以内に出産した場合は、振込希望の銀行口座を記入してください。
- ⑤ 被保険者が出産育児一時金・家族出産育児一時金請求時に在職中のときは、一時金は事業所振込になりますので、事業所名称・所在地・代表者氏名の記入及び代表者印の捺印をお願いします。
- ⑥ 病院又は市区町村役場で証明をもらってください。