

被 保 険 者
家 族

出 産 育 児 一 時 金 ・ 付 加 金

内 払 金 支 払 依 頼 書
差 額 申 請 書

(直接支払制度利用時)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証記号番号	記号	番号	②被保険者(申請者)氏名及び印	印	
	③事業所名称					
	④被保険者(申請者)住所・電話番号 〒 - TEL() -					
	⑤出産年月日 平成 年 月 日			⑥生産・死産の別 生産・死産(妊娠 週)		
	⑦家族の出産であるときは、その氏名と生年月日		氏名	続柄	生年月日	昭和 年 月 日 平成
	⑧出生児の氏名			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 1. 被保険者期間中での出産 2. 資格喪失後6か月以内の出産 (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⑪に記入してください)		⑩家族(被扶養者)が出産した場合 1. なし 2. ある (2の場合は以前加入していた医療保険制度を下欄⑪に記入してください)	
	⑪制度名及び保険者			加入時の氏名		保険証記号番号
	健康保険組合 全国健康保険協会 国民健康保険 市町村名()			支部		記号 番号
※資格喪失後6か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						
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	
銀行		店・本店	1.普通	フリガナ		
金庫		支店	2.当座			
信組		出張所				
委 任 状	請求金額の受領を下記の者に委任します。					
	令和 年 月 日			被保険者氏名		印 押印省略不可
	委任された者の 事業所所在地					
	事業所名称 代表者氏名及び印					

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

【添付書類】

・医療機関等から交付された出産費用についての領収・明細書の写し
(領収・明細書には、「出産日」・「出産児数」・「代理受取額」・「専用請求書の内容と相違ない旨」の記載および「産科医療補償制度加入機関」スタンプが押印(該当する場合のみ)されています。)

【注意事項】

※この用紙は、出産育児一時金の直接支払制度を利用された場合に使用してください。
※医師・助産師または市区町村長の出生証明書の添付は必要ありません。