

# 記入例

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

被保険者 家族 出産育児一時金・付加金 内払金支払依頼書 (直接支払制度利用時)  
差額申請書

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証記号番号	記号	1000	番号	00	②被保険者(申請者)氏名	健保 一朗	健康		
	③事業所名称	情報サービス株式会社							任意継続の方は、「任意継続」と記入してください。	
	④被保険者(申請者)住所・電話番号	〒460-0000 名古屋市中区〇×-×-× 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(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	健保 花子			続柄	妻	生年月日	昭和	
	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 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)				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 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制度名及び保険者	協会けんぽ 愛知 支部		加入時の氏名		鈴木 花子				
	⑫国民健康保険	市町村名( )		保険証記号番号		記号	番号	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										
④ 1.普通 2.当座 フリガナ										
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 15日 ⑤ 被保険者氏名 健保 一朗 健康 委任された者の 事業所所在地 名古屋市中区001-1-1 事業所名称 情報サービス株式会社 之代表者 代表者氏名及び印 情報 太郎 印									

同一印で捺印してください

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。

- 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。