

# 記入例

出産育児一時金・付加金  
家族出産育児一時金・付加金

## 支給申請書(受取代理用)

④

※申請した医療機関以外で出産することになった、または申請後出産日までに退職したときは、健保組合へご連絡をお願いします。  
※この請求書は出産予定日の2ヵ月前から出産日までの間に当健保組合へ提出してください。(在職中の方は事業所経由)  
※出産予定日の医療機関が受取代理制度対象医療機関でない場合は、申請書を返戻させていただきますので、申請時に確認をお願いします。

被保険者証 記号番号	記号	1000	番号	100	被保険者 (申請者) 氏名・印	健保 一郎	健保印
被保険者 (申請者) 住所・電話番号	〒 460 - 0000		愛知県名古屋市中区錦〇〇-XX		TEL (052) 〇〇〇 - XXXX		
事業所名称	情報サービス株式会社		出産予定日・数	平成 令和	1年5月10日	単・多(胎)児	
出産予定 医療機関	名称	情報病院		所在地	〒 460 - 0000 愛知県名古屋市中区〇X-〇X		
①被保険者が 出産する場合	当健保組合資格喪失後6ヵ月以内の出産で請求する場合、現在加入している健康保険について						
	健保・協会けんぽ等の名称	被保険者氏名		保険証記号・番号			
	①	健康保険組合 協会けんぽ・国保		記号	番号		
②家族(被扶 養者)が 出産 する場合	氏名	健保 花子		生年月日	昭和 平成		2年6月25日
	当健保組合加入から6ヵ月以内に出産する場合、以前加入していた健康保険について						
	健保・協会けんぽ等の名称	加入時の氏名		保険証記号・番号			
	②	情報興産	健康保険組合 協会けんぽ・国保	名古屋 花子	あいう	12345	
請求金額の受領を下記の者に委任します。							
令和 1年5月2日				被保険者氏名		健保 一郎	健保印
委任されたもの							
事業所所在地		愛知県名古屋市中区錦〇〇-△△					
事業所名称		情報サービス株式会社					
代表者氏名及び印		情報 太郎		代表者印			

同一印での捺印をお願いします

受取代理人	甲(健保 一郎)は、医療機関等である乙(情報病院)を代理人と定め、次の権限を委任します。 また、甲は、出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度は利用しません。 甲が請求する出産育児一時金等のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額※の受領に関する事。 ※1児につき 上限金額 45万円 (出産育児一時金+付加給付金) ・出産育児一時金 42万円 ただし、産科医療補償制度に未加入の医療機関等においては40.4万円。 ・付加給付金 3万円 ただし、資格喪失後の出産の場合はなし						
の欄	令和 1年5月1日	③					
	甲(被保険者) 住所 〒 460 - 0000	愛知県名古屋市中区錦〇〇-XX		乙(代理人) 所在地 〒 460 - 0000	愛知県名古屋市中区〇X-〇X		
	氏名 健保 一郎	健保印		名称 情報病院	情報病院印		
受取代理人に対する支払金融機関の欄							
	銀行名	本・支店名	区分	口座番号	口座名義		
	〇〇〇	銀行 金庫 信組	名古屋	普通 当座	1234567	フリガナ ジョウホウビョウイン ケンコウ ダイイチ 情報病院 健康 大一	

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 当組合の被保険者資格を喪失してから6ヵ月以内の出産による請求である場合、現在加入中の健康保険組合等を記入。
- ② 当組合の被扶養者の資格を取得してから、6ヵ月以内の出産である場合、以前加入していた健康保険組合等を記入。
- ③ 「甲」は被保険者(申請者)、「乙」は代理人(医療機関等)、それぞれ記入・捺印。
- ④ 申請書は、出産予定日の2ヵ月前から出産日までの間に、健康保険組合へ提出。(在職中の方は事業所経由)