

受付番号		第		号	
被保険者・家族	一時金	法定金	医療機関金	円	取得
	付加金	円	本人金	円	喪失
金児	円	円	円	円	円

組合使用欄につき
記入不要

出産育児一時金・付加金 支給申請書(受取代理用)
家族出産育児一時金・付加金

4 ※この請求書は出産予定日の2ヶ月前から出産日までの間に当健康組合へ提出してください。(在職中の方は事業所経由)

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	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
	被保険者 (申請者) 住所	〒 460-0000 名古屋市中区000-X-X					電話	000 - 000 - 0000
	事業所名称	情報サービス株式会社		出産予定日・数	平成 27 年 4 月 10 日	単	多(胎)児	
	出産予定 医療機関	名称	情報産婦人科医院		所在地	〒 460-0000 名古屋市中区△△△-△-△		
	①被保険者が 出産する場合	当健康組合資格喪失後6ヶ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						
		健康・協会けんぽ等の名称	被保険者氏名		保険証記号・番号			
	②家族(被扶養 者)が出産する 場合	健康・協会けんぽ等の名称	加入時の氏名		保険証記号・番号			
		健康・協会けんぽ等の名称	加入時の氏名		保険証記号・番号			
	請求金額の受領を下記の者に委任します。							
	委任されたもの		被保険者氏名 健保 一郎					
事業所所在地		名古屋市中区O×△-O×△						之代表印者
事業所名称		情報サービス株式会社						之代表印者
代表者氏名及び印		情報 太郎						之代表印者
受 取 代 理 人 の 欄	甲(健保 一郎)は、医療機関等である乙(情報産婦人科医院)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							
	平成 27 年 4 月 1 日							
	甲(被保険者) 住所 〒 460-0000 名古屋市中区000-X-X				乙(代理人) 所在地 460-0000 名古屋市中区△△△-△-△			
	氏名 健保 一郎				名称 情報産婦人科医院 愛知 和夫			
電話番号 000 - 123 - 4567								
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		名古屋	普通	1234567	フリガナ ジョウホウサンフジンカイイン アイチ カズオ			
情報産婦人科医院 愛知 和夫								
(備考欄)								

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ヶ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ヶ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ヶ月前から出産日までの間に、健康保険組合へ提出。