

被保険者・家族 出産育児一時金等（付加金）請求書

（ 直接支払制度を利用しましたか。 はい ・ いいえ ） ※ 請求書用紙は、両面で印刷してください

※ 医療機関等から交付された費用の確認ができる、領収書・明細書の写しが必要です。

※ 直接支払制度を利用しない場合は、医療機関等から交付されるその旨が記載された書類の写しが必要です。

請求者 (被保険者) が記入する欄	被保険者の記号・番号	被 保 険 者 名 (自署の場合、押印不要)		被 保 険 者 生 年 月 日		
	-	㊦		昭・平 年 月 日		
	事業所の名称・部支店名		出 生 児 の 氏 名		分 娩 年 月 日	
	株式会社	銀行	部・支店	令和 年 月 日		
	分娩した人 (○をつける)	・ 被保険者本人 (退職後の分娩は②に記入)			・ 被扶養者 (①に記入)	
	出生児について	生産・死産 (妊娠 週)	単児・多児 (児)	扶養・非扶養 ()		
	① 被扶養者が 分娩したとき	氏 名		生年月日	昭・平 年 月 日	
		被扶養者資格 取得後 6ヶ月 以内の分娩の 場合に記入す る。	勤 務 先 名			
			電 話		() -	
			加入していた健康保険		資格喪失日 (退職日の翌日)	
(保険者名)		電 話	令和 年 月 日			
記号・番号		・				
② 被保険者が退 職後に分娩し たとき	当健保組合の資格喪失日			令和 年 月 日		
	退職後加入し ている健康保 険の内容	名 称				
		電 話		< > -		
		保険証記号・番号		・		
区分 (○をつける)		被保険者 ・ 被扶養者				
振込 銀行 口座	愛知銀行	支店	普通預金	No.	愛知・中京いずれか頭に○表示	
	中京銀行	支店	普通預金	No.		
	(支店	普通預金	No.) 原則、愛知・中京銀行 口座	
内払金額請求の有無 (50万円以下の支払)		有 ・ 無		医療機関に支払った金額 : 円		

年 月 日 上記のとおり申請します。

※マイナンバーは被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。 被保険者のマイナンバー記載欄 (- -)
マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

※原則、給与振込口座とさせていただきますが、公金口座を希望の方は、事前に健保までご連絡ください。

あいちフィナンシャルグループ健康保険組合理事長 殿

医師・助産師が証明する欄	分 娩 年 月 日	出 産 児 の 数	生産又は死産の別
	令和 年 月 日	単 児 ・ 多 児 (児)	生産・死産 (妊娠 週 月)
	上記のとおり相違ないことを証明する。		令和 年 月 日
医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 市区町村長名 Tel		印	

受付印

- ・死産・流産の時も妊娠85日以上であれば支給されます。
- ・双生児以上の時は一児ごとに支給されます。
- ・退職後6ヶ月以内の出産の場合は以前加入していた健保組合か当健保組合どちらかからの支給になります。

【添付書類】

- (1) 医療機関との直接払い契約書の写し
- (2) 医療機関から交付された「出産(分娩)費用明細書」等の費用の確認ができるもの
(分娩年月日、出生児の数、生産・死産の別が記載されているもの)
- (3) 参加医療保障制度保険料の納付が確認できる書類の写し、(2)の中に記載があれば可