

健康保険 出産育児一時金（差額）・付加金 支給申請書

あいちフィナンシャルグループ健康保険組合理事長 殿

被保険者の情報（申請者）

* 下線部分にご記入ください

被保険者の記号・番号	_____・_____	店番・所属	_____・_____
記号・番号が不明な場合はマイナンバー（番号）を記入してください。			
_____ * 記入の場合マイナンバーの写しが必要			
氏名	_____		
生年月日	昭和 平成 _____年_____月_____日		
郵便番号	_____ - _____		
住所	_____ 都道府県 _____		
電話番号（日中連絡が取れる番号）	_____ - _____ - _____		

振込先指定金融口座（給与振込口座）

金融機関名	あいち銀行	支店名	_____
	普通預金	口座番号	_____
口座名義人（カタカナで記入してください）	_____		
* 公金口座の金融機関へ振込の場合は、健康保険組合へご連絡ください			

申請内容

出産した方	・被保険者	・家族（続柄 _____）	氏名 _____
		生年月日	昭和 平成 _____年_____月_____日
出産した日	令和 _____年_____月_____日		
出生児氏名	_____		
生産または死産について	・生産	・死産	・生産死産混在
生産の場合、出生人数	_____人		
死産の場合、死産人数	_____人	死産の場合、妊娠経過期間	満 _____週
出産した医療機関の名称	_____		
	郵便番号	_____ - _____	
	所在地	_____	
	電話番号	_____ - _____ - _____	

被保険者の出産：退職後6ヶ月以内の出産ですか ・はい ・いいえ

家族の出産：当組合に加入後6ヶ月以内の出産ですか ・はい ・いいえ

「はい」の場合 被保険者の方：現在加入している保険者について教えてください。

家族の方：当組合へ加入前の保険者について教えてください。

保険者名 _____

記号・番号 _____ ・ _____

上記保険者から出産育児一時金を受け取りましたか

・受けた / 受ける予定 ・受けない

添付書類

- ・医療機関等から交付される合意文書の写し
(直接支払制度にかかる代理契約を医療機関等と締結している旨及び当組合名があるもの)
- ・出産費用の領収・明細書の写し
(産科医療補償制度加入機関で出産した場合は、「産科医療補償制度の対象分娩です」の文言が印字やスタンプ等により明記されたもの)

証明欄 医師・助産婦/市町村(生産のみ)による証明

出産者(母)氏名 _____

出産年月日 令和 ____年 ____月 ____日

出生児の人数 単胎 多胎(____児)

生産または死産について 生産 死産(死産の場合 妊娠____週)

上記のとおり相違ないことを証明します

令和 ____年 ____月 ____日

医療施設・市区町村の名称

医師・助産婦の氏名

印

医療施設・市区町村所在地

電話番号

受付日付印

M1-015
第3種保存期間 10年
令和7年4月1日改正