

保険証の記号と番号を記入してください。

出生年月日を記入してください。

# 出産(家族出産)育児一時金 請求書(直接支払制度差額支給用)

★この請求書は直接支払制度を利用し、出産費用が50万円(\*)未満の場合に差額を請求する場合に使用します。

被保険者証の 記号・番号	950	80	事業所の 名称	愛鉄工業 株式会社		
出産した年月日	5 年 10 月 6 日		生産・死産 の別	生産・死産		
出生児が被扶養者 かどうか	被扶養者で <u>ある</u> ない					
出生児が被扶養者で ないときはその理由	1. 夫の被扶養者にする 2. その他 ( )					
入院期間	5 年 10 月 6 日			7 日間		
退職後の 出産 の場合	夫の保険証の 記号・番号 及び保険者名	記号	番号	保険者名		
				・ 全国健康保険協会 ( ) 支部 ・ ( ) 健康保険組合 ・ その他 ( )		
記入して ください	被扶養者の 氏名	中村 良子		生年月日	昭和 平成 63 年 5 月 5 日	
この欄は 被扶養者 が 6 か 月 以 内 に 勤 務 し た こ と が あ る と き は そ の 事 業 所 の	名称	愛鉄産業(株)		資格期間	加入していた健康保険	
	所在地	名古屋市中村区黄金通6		平成17年 4 月 1 日	記号・番号	保険者名(例:愛鉄連健保)
	TEL	052-461-6135		令和5年 7 月 31 日	800 3	全国健康保険協会 (愛知支部)
<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) <small>注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。</small>						
フリガナ			普通	店番	口座名義人氏名(被保険者)	
当座			当座	口座番号	フリガナ	
貯蓄			貯蓄		氏名	
各申請書に記載されている番号(空白であれば空白)をご参照ください。	銀行(信用金庫)		本店(支店)	被保険者の個人口座へ振込を希望する場合に記入してください。なお、その場合は委任欄への記入はしないでください。		

6か月以内の時必ず記入してください。

退職後の場合、必ず記入してください。

被保険者の個人口座へ振込を希望する場合に記入してください。なお、その場合は委任欄への記入はしないでください。

被保険者住所・氏名等を記入してください。

上記のとおり請求します。

※訂正する場合は、二重線で訂正してください。

5 年 10 月 20 日 被保険者(請求者)住所 〒 453 - 0804 名古屋市中村区黄金通2-18

愛鉄連健康保険組合理事長 殿 被保険者(請求者)氏名 中村太郎 TEL ( 052 ) 461 - 6131

【注】 出産費用が50万円(\*)に満たない場合の差額を申請する場合は、医療機関等で退院時に渡された「出産費用についての領収書(費用内訳書)及びこれに付随する明細書の写し※を添付してください。  
※ 領収・明細書には「出産年月日」、「出生児数」、「代理受取額」、「直接支払制度を用いている旨」等の記載があるもの

## 本請求書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は)

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより請求する場合は、備考欄へ記載してください。また、事業主様経由で提出する場合は必ず上記委任欄にを入れてください。  
(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認(通知カード又は個人番号記載住民票の写し等)」及び「本人確認(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、「代理人の身元確認書類(事業主の運転免許証の写し等)」が必要となります。)

備考欄

(\*) 産科医療保障制度未加入の医療機関での出産の場合は48万8千円となります。

金額の受領を委任する ときに記入するところ	本請求に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。 5 年 10 月 19 日
	被保険者(請求者) 氏名 中村太郎
	委任された者の 事業所名 愛鉄工業 株式会社 住所 名古屋市中区栄2丁目10番19号 氏名 愛鉄 連太郎

(令和5年4月1日 改)

委任を希望される場合のみご記入ください。

被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバー(個人番号)の記入は不要です。

※記入誤りがある場合は、二重線で抹消し、訂正してください。  
修正液、修正ペン、修正テープは使用しないでください。

保険証の記号と番号を記入してください。

出生年月日を記入してください。

# 出産（家族出産）育児一時金 請求書

被保険者証の 記号・番号	950	80	事業所の 名称	愛鉄工業 株式会社	
出産した年月日	4年 10月 7日		生産・死産 の別	生産・死産	
出生児が被扶養者 かどうか	被扶養者で <b>ある</b> ない				
出生児が被扶養者で ないときはその理由	1. 夫の被扶養者にする 2. その他 ( )				
退職後の 出産 の場合	夫の保険証の 記号・番号 及び保険者名	記号	番号	保険者名	
				・ 全国健康保険協会 ( ) 支部 ・ ( ) 健康保険組合 ・ その他 ( )	
記入する ところ	被扶養者の 氏名	中村 良子		生年月日	昭和・平成・令和 63年 5月 5日
	家族が出産前 6か月以内に 勤務したことが あるときは その事業所の	名称	愛鉄産業(株)	資格期間	加入していた健康保険
		所在地	名古屋市中村区黄金通6	平成17年 4月 1日 ~	記号・番号 保険者名(例:愛鉄連健保)
		TEL	052-461-6135	令和4年 7月 31日	800 3 全国健康保険協会 (愛知支部)
<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。					
フリガナ		普通	店番	口座名義人氏名 (被保険者)	
払渡し希望 銀行の口座	銀行 信用金庫	当座	口座番号	フリガナ	
		貯蓄		氏名	

退職後の場合、必ず記入してください。

6か月以内の時必ず記入してください。

各申請書に記載されている番号(空白であれば空白)を参照ください。

被保険者の個人口座へ振込を希望する場合に記入してください。なお、その場合は委任欄への記入はしないでください。

被保険者住所・氏名等を記入してください。

※訂正する場合は、二重線で訂正してください。

上記のとおり請求します。

〒 453 - 0804

4年 10月 30日

被保険者(請求者)住所 名古屋市中村区黄金通2-18

愛鉄連健康保険組合理事長 殿

被保険者(請求者)氏名 中村太郎

TEL ( 052 ) 461 - 6131

【注】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代理契約に関する文書(合意文書)の写し、医療機関で退院時に渡された出産費用についての領収書(費用内訳書)及びこれに付随する明細書の写しを添付してください。

## 本請求書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は)

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより請求する場合は、備考欄へ記載してください。また、事業主様経由で提出する場合は必ず上記委任欄にを入れてください。

(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認(通知カード又は個人番号記載住民票の写し等)」及び「本人確認(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、「代理人の身元確認書類(事業主の運転免許証の写し等)」が必要となります。)

備考欄	本請求に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。 4年 10月 30日 被保険者(請求者) 氏名 中村太郎 委任された者の 事業所名 愛鉄工業 株式会社 住所 名古屋市中区栄2丁目10番19号 氏名 愛鉄 連太郎				
医師・助産師 または市区町村 長の証明する ところ	出産した年月日	4年 10月 7日	生産・死産の別	生産・死産(妊娠 か月)	
	出生児の数	単胎・多胎(児)	備考		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 4年 10月 30日	医療施設の名称・所在地	名古屋病院 名古屋市中区五の丸1-3-5 医師・助産師名 名古屋三郎		
	本籍		筆頭者氏名		
	出生届出日	年 月 日	出生児氏名	出生年月日	年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日	市区町村長名			

委任を希望される場合のみご記入ください。

医師、助産師または市区町村長の証明を受けてください。

被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバー(個人番号)の記入は不要です。

※記入誤りがある場合は、二重線で抹消し、訂正してください。  
修正液、修正ペン、修正テープは使用しないでください。

(令和4年10月1日 改)