

◎請求の際に今一度確認を！「書きもれないか」「印もれないか」確かめて提出して下さい。

請求上の注意

(1)記入については、裏面「記入上の注意」をご覧ください。
 (2)「※」欄は記入しないで下さい。

| | | | | | | | |
|------------|----------|----------|----|-------------------------|-------|-------|------|
| ※ 支給決議書 | 伺い年月日 | 令和 年 月 日 | 資格 | 取得喪失 | 年 月 日 | 年 月 日 | 常務理事 |
| | 支給額 | | | 該当条文 | 扶養資格 | 振込内訳 | 事務長 |
| | 出産育児一時金等 | | | 第101条 第106条 第114条 | 有・無 | 医療機関 | |
| | 出産育児付加金 | | | 規約第46条 規約第58条 | | 被保険者 | 円 |
| | | | | 合計 | | 円 | 担当者 |

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金支給申請書 (受取代理用)

| | | | | |
|--|--------------|--|-----------|----------------|
| 被保険者の(申請者) | ①氏名 | | ②生年月日 | 昭和 年 月 日 平成 |
| ③被保険者(申請者)の住所 | 〒 () 電話 () | | | |
| ④健康保険被保険者証の | 記号 | | ⑤事業所の | 名称 |
| | 番号 | | | 所在地 |
| 出産予定者の(申請者と同一の場合は不要です) | ⑥氏名 | | ⑦生年月日 | 昭和 年 月 日 平成 |
| ⑧出産予定日 | 令和 年 月 日 | ⑨出生予定児の数 | 単・多 (児) | |
| ⑩出産予定である医療機関等の | 名称 | | | |
| | 所在地 | | | |
| ⑪申請者に対する支払金融機関欄 | 金融機関名 | 銀行・信用金庫 本店・支店 | | |
| | 預金種別 | 当座・普通 | 口座番号 | |
| | 預金名義人の氏名 | フリガナ | | |
| 申請者又は出産予定者が出産予定日から6ヵ月以内に健康保険又は船員保険の資格を既に喪失している場合はいずれかに記載をお願いします。 | ⑫ | 申請者本人の退職等により健康保険又は船員保険の被保険者資格喪失後、6ヵ月以内に出産することによる申請である場合の資格喪失後に加入している保険者名と記号・番号 | 保険者名 | |
| | ⑬ | 申請者本人の家族が被扶養者認定後6ヵ月以内に出産することによる申請である場合は、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号 | 保険者名 | |

| | |
|----------|---|
| ⑭受取代理人の欄 | 甲 () は医療機関等である 乙 () 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。 ※ 出産育児一時金等の支給額を上限額とする。 |
| | 令和 年 月 日 住所 甲(被保険者) 氏名 所在地 乙(代理人) 名称 電話番号 () |

| | | | | |
|------------------|----------|---------------|------|--|
| ⑮受取代理人に関する金融機関の欄 | 金融機関名 | 銀行・信用金庫 本店・支店 | | |
| | 預金種別 | 当座・普通 | 口座番号 | |
| | 預金名義人の氏名 | フリガナ | | |

【 記入上の注意 】

1. 被保険者に対する注意事項

- ① この申請書による出産育児一時金等の請求による受取代理申請は、出産予定日まで2ヶ月以内に提出をして下さい。
- ② この申請書を提出いただいた場合、出産予定の医療機関等と健康保険組合の間において請求書の受付の有無、分娩に関する証明及び分娩費用に関する情報の提供を行いますので、あらかじめご了承ください。
- ③ 標題の「被保険者」「家族」の文字は、いずれか該当する方を○で囲んで下さい。
- ④ ②欄及び⑦欄は該当する年号を○で囲んで下さい。
- ⑤ ⑩欄の出産予定の医療機関等の名称・住所は、出産予定の医療機関等の名称及び住所を記入して下さい。
- ⑥ 受取代理人である医療機関等以外で出産することになった場合は、「出産育児一時金等受取代理申請取下書」を提出し申請の取下げをして下さい。
また、新たに出産することとなった医療機関等において受取代理制度を利用する場合は、改めてこの申請書を作成し、再度、申請をして下さい。
- ⑦ 救急搬送などにより予定していた医療機関等以外で出産することになった場合であり、新たな医療機関等において受取代理申請を利用する場合受取代理人の変更に伴う申請の取下げ及び再申請の時間的余裕がない場合は「受取代理人変更届」を新たに受取代理人となった医療機関を通じて提出して下さい。

2. 医療機関等に対する注意事項

- ① この申請書を受付た時は健康保険組合から受付を行った旨の連絡をしますので、住所、名称、電話番号を記載して下さい。
- ② 分娩し分娩費用が確定した場合は、出産費用の請求書の写し及び出産の事実を証明する書類を速やかに健康保険組合へ提出して下さい。
尚、出産費用の請求書の写し及び出産の事実を証明する書類の送付がない場合は出産育児一時金等の支給ができませんので必ず送付して下さい。
- ③ 産科医療補償制度対象出産の場合は「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言が明記された出産費用の請求書の写しを添付して下さい。

この請求書による出産育児一時金等の支給は次のとおりです。

 出産育児一時金等
上限額 = 500,000円

但し、産科医療補償制度に加入していない医療機関等で出産した場合、在胎週数22週に達していない出産（死産を含む。）場合の支給は次のとおりとなります。 ※

上限額 = 488,000円 ※

1. 医療機関等の出産に係る請求額が500,000円（※488,000円）以上の場合
出産育児一時金等の全額を医療機関へ支給します。

※ 請求額が500,000円超（※488,000円超）である場合は、その不足分は被保険者等が医療機関等に支払いをして下さい。

2. 医療機関等の出産に係る請求額が500,000円（※488,000円）未満の場合
請求額として記載されている額を医療機関等へ支給し、その請求額の差額については被保険者等へ支給します。