

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<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | ① 被保険者等記号・番号                |  | ② 被保険者（請求者）の氏名                                                     |      |              |  | ③ 生 年 月 日              |          |             |         |      |  |                        |  |
|                                                          | —                           |  | (フリガナ)                                                             |      |              |  | 昭和<br>平成<br>令和 年 月 日 生 |          |             |         |      |  |                        |  |
|                                                          | ④ 被保険者の現住所                  |  | 〒 TEL ( )                                                          |      |              |  |                        |          |             |         |      |  |                        |  |
|                                                          | ⑤ 出産予定日・数                   |  | 平・令 年 月 日                                                          |      | 単<br>多 ( 胎 ) |  | ⑥ 事業所<br>名 称           |          |             |         |      |  |                        |  |
|                                                          | ⑦ 出産予定者<br>本人の場合不要          |  | 氏 名                                                                |      |              |  |                        |          | 続柄          |         | 生年月日 |  | 昭和<br>平成<br>令和 年 月 日 生 |  |
|                                                          | ⑧ 出 産 予 定<br>医 療 機 関 等      |  | 名 称                                                                |      |              |  |                        |          | 所在地         |         | 〒    |  |                        |  |
|                                                          | ⑨ 他の健康保険に加入                 |  | 出産（予定）日の前後6か月以内に他の健康などに加入していた（いる）場合<br>別途、「健康保険等加入状況の申告」を添付してください。 |      |              |  |                        |          |             |         |      |  |                        |  |
|                                                          | ⑩ 被保険者（請求者）に<br>対する支払金融機関の欄 |  | 銀行 農協<br>信金 信組                                                     |      | 本店<br>支店     |  | 種類                     |          | 1. 普通 2. 当座 |         |      |  |                        |  |
| 支店コード                                                    |                             |  |                                                                    | 口座番号 |              |  |                        | 口座<br>名義 |             | カタカナで記入 |      |  |                        |  |

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                |  |          |  |          |  |             |  |  |  |  |  |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------|--|----------|--|----------|--|-------------|--|--|--|--|--|
| 受<br>取<br>代<br>理<br>人<br>の<br>欄 | 申請者（ ）（以下「甲」という。）は、医療機関等である（ ）（以下「乙」という。）<br>を代理人と定め、次の権限を委任します。また、甲は、出産育児一時金の医療機関等への直接支払制度は利用しません。<br>甲が請求する出産育児一時金のうち、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こと。<br><br>令和 年 月 日<br><br>甲（被保険者）の住所 〒<br><br>氏名<br><br>乙（代理人）の所在地 〒<br><br>医療機関名等<br><br>T E L ( ) |  |                |  |          |  |          |  |             |  |  |  |  |  |
|                                 | 受取代理人に対する<br>支払金融機関の欄                                                                                                                                                                                                                                   |  | 銀行 農協<br>信金 信組 |  | 本店<br>支店 |  | 種類       |  | 1. 普通 2. 当座 |  |  |  |  |  |
|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 支店コード          |  | 口座番号     |  | 口座<br>名義 |  | カタカナで記入     |  |  |  |  |  |

|                   |  |
|-------------------|--|
| 社会保険労務士<br>の提出代行者 |  |
|-------------------|--|

受付日付印

## (記入上の注意)

### ◎被保険者への注意事項

1. 被保険者等記号・番号については「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」、「マイナポータル(資格情報画面)」にてご確認ください。
2. この請求書による出産育児一時金の受取代理は、出産予定日まで2ヶ月以内であることとなっています。
3. この請求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間において、請求書の受付の有無、出産に関する証明、及び出産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。
4. ⑨の欄は、被保険者(申請者本人)の退職等により、当組合の被保険者資格喪失後、6ヶ月以内に出産することによる申請の場合、または家族が当組合の扶養認定後、6ヶ月以内に出産することによる申請の場合、「健康保険等加入状況の申告」を添付してください。
5. ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

### ◎医療機関等への注意事項

1. この請求書を受けた時は、健康保険組合から受付を行った旨を連絡しますので、住所・名称・電話番号を記載してください。
2. 出産後、出産費用が確定した場合は、出産費用請求報告書(様式5)、出産費用の請求書の写し(産科医療補償制度対象の出産の場合は、所定の印が押印)、出生の事実を証明する書類の写しを速やかに健康保険組合へ提出してください。
3. ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容と氏名(サイン)をご記入ください。

### ◎被保険者・医療機関等への注意事項

1. この請求書による出産育児一時金の支払は、次のとおりです。
  - (1) 医療機関等の出産に係る請求額が50万円(在胎週数22週に達していない、産科医療補償制度加算対象出産でない場合は、48.8万円)以上である場合、出産育児一時金等の全額を医療機関等へお支払いします。
  - (2) 医療機関等の出産に係る請求額が50万円(在胎週数22週に達していない、産科医療補償制度加算対象出産でない場合は、48.8万円)未満である場合、差額を被保険者へお支払いします。