

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金等請求書（事前申請用）

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	① 被保険者（請求者）の氏 名・生年月日・印	フリガナ	昭和・平成・令和	年	月	日生	印	
	被保険者（請求者）の 住所・電話番号	フリガナ		電話（ ）							
	事業所の名称 および 住所・電話番号	名称	フリガナ		電話（ ）						
	被扶養者が出産するための 請求であるときは、 その者の氏名、生年月日	氏名	フリガナ		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日生		
	資格喪失後に出産予定の場合は、新しい被保 険者証の保険者名及び記号・番号または 被扶養者が扶養認定日以後6ヶ月以内に出産 予定の場合は、扶養認定前に加入していた 被保険者証の保険者名及び記号・番号	保険者名		記号・番号		出産予定日	令和	年	月	日	
	出産予定の医療 機関等の名称 および 住所・電話番号	名称	フリガナ		電話（ ）						
	② 被保険者（請求者）に対する支払金融機関の欄										
	金融機関名	金融機関コード	*				店番コード	*			
	口座番号	銀行 農協 金庫 信組		本店 支店 出張所		口座種別	1・普通				
	口座番号	口座名義		フリガナ							

受 取 代 理 に 関 す る 欄	<p>甲（ ）は、医療機関である乙（ ）を代理人と定め、 次の権限を委任します。また甲は、出産一時金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 令和 年 月 日 甲（被保険者） 住所 氏名 印 乙（代理人） 住所 氏名 印</p>										
	受取代理人に対する支払金融機関の欄										
	金融機関名	金融機関コード	*				店番コード	*			
	口座番号	銀行 農協 金庫 信組		本店 支店 出張所		口座種別	1・普通				
	口座番号	口座名義		フリガナ							

ダイハツ健康保険組合理事長殿

令和 年 月 日提出

受付日付印

- ◎ 記入については、「記入例」をご覧ください。
- ◎ 添付書については裏面に掲載してあります。必ずご覧ください。

## 被保険者の皆様に対する留意事項

1. この請求書による出産育児一時金等の請求書による事前申請は、出産予定日まで1ヶ月以内であることとなっております。
2. 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マル（○）で囲んでください。
4. この請求書の提出に当たっては、次の書類を提示するか、又はその写しを添付してください。
  - ・母子保健法第16条第1項の規定により交付された母子健康手帳その他出産予定日を証明する書類
5. ①の欄は、被保険者が自ら記入（自署）する場合には、押印は不要です。なお、被保険者以外の方の押印を省略することはできません。
6. 海外の医療機関で分娩される場合は、この申請書による事前申請はご利用頂けません。
7. 申請後に受領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、速やかに健康保険組合に申し出て下さい。

## 医療機関等の皆様に対する留意事項

1. この請求書を受付た時は、健康保険組合から受付を行った旨連絡いたします。
2. 分娩し、分娩費用が確定した場合は、分娩費請求書及び出生証明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. ⑤の欄は該当する項目を（○）で囲んで下さい。

## 被保険者・医療機関等の皆様に対する留意事項

1. この請求書による出産育児一時金等の支払は、次のとおりです。
  - (1) 医療機関等の出産に係る請求額が受取委任額以上である場合
    - ・出産育児一時金等の委任額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受取委任額未満である場合
    - ・請求額として記載されている額を医療機関等へお支払いし、その請求額との差額については、被保険者（事業主経由での支給を委任している場合は事業主）へお支払いします。