

《 受取代理用 》健康保險(被保險者・家族)出產育兒一時金申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		事業所の名称					
	—		所属部署名					
	被保険者 (申請者) の氏名	(ふりがな)		被保険者(申請者)の生年月日				
		㊟		昭・平 年 月 日 生				
	被保険者 (申請者) の住所	(—)						
	被扶養者が出産するための 申請である時は、その者の	氏 名			生 年 月 日			
					昭・平 年 月 日 生			
出産予定日・数	平成 年 月 日 単・多 (胎)							
入院する医療機関の	名 称							
	所在地							
組 合 処 理 欄	資 格 確 認		常務理事	㊟	事務長	㊟	係	㊟
	医療機関支払い額				支払年月日	平成 年 月 日		
	被保険者支払い額				支払年月日	平成 年 月 日		
	出納日印				出納係			㊟

※ 記入については、別紙「留意事項」をご覧ください。

※ 添付書類については、別紙「留意事項」に記載してありますので、必ずご覧下さい。

受 取 代 理 に 関 す る 欄	甲：申請者（ ）は、乙：医療機関等である（ ）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。 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（上限 42 万円）の受領に関すること。				
	平成 年 月 日	(〒 —)			
	甲（被保険者）の住所 （申請者） 氏名	(〒 —)	印		
	乙（代理人）の住所 氏名		印		
	電話番号 — —				

受取代理人に対する支払金融機関の欄				
金融機関名	銀行 農協 金庫 信組	本店 支店 出張所	口座 種別	1. 普通 2. 当座 3. その他()
口座番号		口座名義	フリガナ	

《 被保険者の皆様に対する留意事項 》

- ① 申請対象者は、被保険者であり、かつ出産予定日まで 1 ヶ月以内の者、又は、出産予定日まで 1 ヶ月以内の被扶養者を有する者。
- 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、申請書の受付の有無、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 受取代理の手続き方法は、まず、申請書の“被保険者が記入するところ”に記入、押印し、母子健康手帳の出産予定日のページの部分のコピーを添付の上、健康保険組合まで提出。健康保険組合にて、資格確認後(健保の確認の印がないものは無効)、再度返却しますので、入院する医療機関で、“受取代理に関する欄”に記入押印をしてもらい、再度、健康保険組合まで提出して下さい。
- ④ 海外での出産については、対象外とします。
- ⑤ 医療機関からの請求額が 42 万円未満である時の差額の支払いは、被保険者へ給与払いとし、42 万円以上である時の差額の支払いは、被保険者の負担となります。(財団法人日本医療機能評価機構が運営する産科医療補償制度に加入していない病院での出産の場合は、39万円)
- ⑥ 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(○)で囲んで下さい。
- 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。