

支 給 決 定 日	代理人	円	被保険者	円	常務理事	事務長	担当者

**被保険者
家 族** 出産育児一時金請求書（受取代理用）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号		事 業 所 の 名 称		
	被 保 険 者 の 氏 名	Ⓜ			
	被 保 険 者 の 生 年 月 日	昭・平 年 月 日	被 保 険 者 の 資 格 取 得 年 月 日	平成 年 月 日	
	出 産 予 定 日	令和 年 月 日	被 保 険 者 の 資 格 喪 失 年 月 日	令和 年 月 日	
	出 産 予 定 の 医 療 施 設 等 の 名 称 ・ 住 所 ・ 電 話 番 号	医 療 施 設 等 の 名 称	〒 電話番号		
		医 療 施 設 等 の 所 在 地			
	家 族 の 出 産 で 有 る 時 は そ の 氏 名 、 生 年 月 日				昭・平 年 月 日
被 保 険 者 の 金 融 機 関 (郵 便 局 、 不 可)	金融機関コード () 支店コード () 銀行 支店		(普 通 第 号)		
備 考				フリガナ 名 義	

受 け 取 り 代 理 に 関 す る 欄	<p>甲 () は、医療施設等である乙 () を代理人と定め、 次の権限を委任します。</p> <p>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 (一児につき上限42万円※) の受領に関すること。 ※産科医療補償制度に未加入の医療機関等で出産した場合は40.4万円</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>甲 (被保険者) 住 所 〒 氏 名 Ⓜ 電話番号</p> <p>乙 (代理人) 住 所 〒 氏 名 Ⓜ 電話番号</p>			
	代理人の金融機関 (郵便局、不可)	金融機関コード () 支店コード () 銀行 支店 (普 通 第 号)		

< 添付書類：母子健康手帳（保護者氏名記載ページと出産予定日記載ページ）の写しまたは、出産予定日を証明する書類 >

被保険者・家族 出産育児一時金請求書（受取代理用）記入にあたっての留意事項

被保険者及び被扶養者の出産時の費用負担軽減を図るため、被保険者に代わり、医療機関等（受取代理同意済）が直接、健康保険組合に出産費用（出産育児一時金等）の請求を行うことができるようになりました。この申請を行う方は下記留意事項をよくお読みの上、書類を提出してください。

記

被保険者の皆様へ

1. 対象者は、被保険者で出産育児一時金の支給を受ける見込みがあり、かつ出産予定日まで2ヶ月以内の方。または、出産予定日まで2ヶ月以内の被扶養者を有する方。（海外での出産予定者は除く。）
2. 受取代理専用の「被保険者・家族 出産育児一時金請求書（事前申請用）」に所定事項を記入し、「受取代理人に関する欄」に医療機関等の記入・捺印を受けた上、母子健康手帳（保護者氏名記載ページ、出産予定日記載ページ）の写しまたは出産予定日を証明する書類を添付し、提出してください。
3. 申請後に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、速やかに健康保険組合に申し出てください。
4. 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当健康保険組合の間で、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。
5. 資格喪失後の分娩の場合は上記書類とは別に、出産後、速やかに「出産育児一時金支給選択届」を提出してください。

医療機関等の皆様へ

1. この請求書を受け付けたときは、当健康保険組合より「出産育児一時金等の受取代理申請書の受付について（報告）」（様式第1号）を送付いたします。
2. 分娩し、その費用が確定した場合は、分娩費請求書及び出生証明書の写しを「分娩費請求書等（写し）の送付について」（様式第2号）に添付し、速やかに当健康保険組合へ提出してください。

被保険者・医療機関等の皆様へ

1. 支払い方法について
 - ① 分娩費用が42万円※以上の場合
当健康保険組合は出産育児一時金（42万円※）を医療機関等に支払い、それを上回る差額については被保険者が医療機関等にお支払いいただくことになります。
 - ② 分娩費用が42万円※未満の場合
当健康保険組合は請求額の全額を医療機関等に支払い、出産育児一時金（42万円※）を下回る差額は被保険者に直接お支払いいたします。

（※「産科医療補償制度」に未加入の医療機関等で出産した場合は40.4万円）