

健 保 組 合			事業所担当者の 確 認 印
常務理事	グループ長	担当者	
日付印			

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 記 入 欄	申請日	平成 〇 年 △ 月 ◇ 日												
	被保険者証の 記号・番号	記 号		番 号 (右づめで記入)				被保険者の 氏名・生年月日 と印	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎 ⑩ 昭・平 〇 年 × 月 × 日生					
	被保険者の 住所・電話番号	〒 123-4567 ◇◇県〇△市◇町×-×-× 電話 ×××-××××-××××												
	事業所名称	〇×△株												
	出産予定者 ※被保険者と同一の 場合は不要です	フリガナ ケンポ ハナコ 健保 花子 昭・平 〇 年 △ 月 ◇ 日生						出産予定日・数	平成 〇 年 × 月 △ 日 単・多 (胎)					
	被保険者(本人) が出産する場合 (※)	資格喪失後6カ月以内に出生する場合、現在加入している健康保険について記入してください。												
		健康保険の 名称		被保険者氏名				記号・番号						
	被扶養者(家族) が出産する場合 (※)	扶養認定後6カ月以内に出生する場合、以前に加入していた健康保険について記入してください。												
		健康保険の 名称		〇〇〇健康保険組合		加入時の氏名		健保 花子		記号・番号		345-6789		
	出産予定の医療機関等の 名称および住所・電話番号	名 称		〇△病院										
	所在地		〒 123-4567 ◇◇県〇△市◇町△-△-△ 電話 ×××-××××-××××											
委任状 (退職者・ 任継者は 記載不要)	新日鐵住金健康保険組合から私に支給される給付金の受領を事業主に委任します。(出産費用が上限に満たない場合の差額給付分) 平成 〇 年 △ 月 × 日 被保険者氏名 健保 太郎 ⑩⑩ ※自ら署名した場合も必ず押印ください													

受 取 代 理 に 関 す る 欄	被保険者 (健保 太郎) (以下「甲」という。)は、医療機関等である (〇△病院) (以下「乙」という。)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などへの 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、乙が甲に対して出生に関し請求する費用の額 (上限 一児につき42万円。但 し、産科医療補償制度対象外出生は40.4万円) の受領に関すること。 平成 〇 年 △ 月 △ 日 甲(被保険者) 住所 ◇◇県〇△市◇町×-×-× 乙(代理人) 住所 ◇◇県〇△市◇町△-△-△ 氏名 健保 太郎 ⑩⑩ 氏名 〇△病院 ⑩ ※自ら署名した場合も必ず押印ください																				
	受取代理人に対する支払金融機関の欄																				
	①	金融機関 コード	0	0	0	5	支店コード	0	8	0	②	口座種別	普・当 その他 ()	口座番号	1	1	2	2	3	3	5
	金 融 機関名	〇 〇		銀行 農協 金庫 信組		△△△		本店 支店 出張所		フリガナ		〇△ビョウイン リジチョウ 〇×タロウ 〇△病院 理事長 〇×太郎									

(注)1.上記被保険者記入欄(※)に該当される方は、必ず「同意書」を添付してください。
2.記入・添付資料に関する留意事項は、2枚目に記載しております。必ずご確認ください。

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
記号・番号が記入されている場合は、マイナンバーの記入は不要です。
(注)マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

備考欄	
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	⑩

受 付 印

健 保 記 入 欄	受 付 No.										
	本人家族区分	被保険者 ・ 被扶養者									
	資格の有無	資格あり ・ 資格喪失後									
	出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 (児)									
	支給決定額	円									

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2カ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（○）で囲んでください。
4. この請求書の提出にあたっては、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. 被保険者（本人）が資格喪失後6カ月以内に出産した場合、或いは被扶養者（家族）が扶養認定後6カ月以内に出産した場合は、重複請求防止のため他保険者に照会しますので、同意書を添付してください。
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いただけません。
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ください。

医療機関等の皆様に対する留意事項

1. この請求書を受け付けた時は、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. ①及び②の欄は該当する項目を（○）で囲んでください。②の欄の「3. その他」を囲んだ場合は、「（ ）」欄に口座種別を記入してください。

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（委任事業主）へお支払いします。