

支給決定伺		支給金額合計		¥	出産日	年 月 日	取得日	年 月 日
常務理事	事務長	内 訳	出産育児一時金	¥	産科医療補償制度 有・無		喪失日	年 月 日
			出産育児付加金	¥	請求書受付報告日		認定日	年 月 日
担当者	担当者	支 払 先	医療機関支払額	¥	在籍証明依頼日		抹消日	年 月 日
			事業所委任払額	¥	備考		本人	家族

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書 (受取代理用)

SGホールディングスグループ健康保険組合 理事長様 ◎この請求書は、出産予定日まで2ヶ月以内の方が対象です。

被 保 険 者 (請 求 者) が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の 記号・番号	記号	番号	②事業所の 名 称		
	③被保険者の氏名	フリガナ		④被保険者 の生年月日	昭和・平成 年 月 日	
	⑤被保険者の 住所・TEL	〒 -		TEL () -		
	⑥被扶養者(家族)が出産するための 請求であるときは、その者の氏名	フリガナ		続 柄		
				生年月日	昭和・平成 年 月 日	
	⑦出産予定日	令和 年 月 日			⑧胎児数	児
	⑨女子被保険者が資格喪失後に出産したとき 資格喪失日より6ヶ月以内の出産の場合は 喪失日以降の健康保険証について記入	⇒		記号と番号	記号	番号
	⑩家族が出産したとき (旧姓:) 被扶養者に認定されてから6ヶ月以内の出産の場合は 認定日以前の健康保険証について記入	⇒		健康保険の 名 称	() 支部) 協会 けんぽ () 健康保険組合 () 国民健康保険	
				加入区分	本人・親の扶養者・夫の扶養者	
				勤務先名		

【添付書類】「母子手帳の表紙」と「出産予定日を証明する書類」のコピーを添付してください。

【注意】※③と⑩と⑫の欄は、被保険者の署名をし、必ず同じ印鑑で押印してください。

※ボールペン等、消えない筆記用具で記入してください。鉛筆、消せるボールペン(フリクション等)は不可です。

受 取 代 理 人 に 関 す る 欄	被保険者は下記の医療機関等を代理人と定め、次の権限を委任します。被保険者が請求する出産育児一時金のうち、下記の医療機関等が被保険者に対して、出産に関し請求する費用の額※の受領に関すること。 ※ <u>出産育児一時金等の支給額を上限とする</u> 。ただし、産科医療補償制度に加入する医療機関等において出産した場合は42万円を上限とする。					
	令和 年 月 日					
	⑪ 被保険者の住所 氏名					
	代理人の住所 (医療機関等) 名称 代表者氏名					
受取代理人 に対する 支払金融機関の欄		銀行 信用金庫 信用組合	支店 (店番)	普通・当座	口座番号	
				フリガナ		
				名義人氏名		

委 任 の 欄	⑫上記出産育児一時金の差額受領を 健保代理受領口代理人に委任します。 令和 年 月 日		(事業主記入欄) 健保代理受領口代理人氏名	受付日付印
	被保険者氏名 (請求者)			

出産育児一時金請求書（受取代理用）

《 記入上のご注意 》

1. この請求書は、出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度を利用されない被保険者および被扶養者が対象となります。
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. 被保険者は「被保険者が記入するところ」の太枠内をすべて記入してください。
また「受取代理人に関する欄」(⑪)と「委任の欄」(⑫)の被保険者の住所と氏名を記入・捺印してください。
「受取代理人に関する欄」の医療機関等の住所・名称・代表者氏名・振込先は、医療機関等で記入・捺印を受けてください。

事業所の健康保険事務担当窓口を経由して、健康保険組合へ提出してください。

4. この請求書の提出に当たっては、
「母子手帳の表紙」と「出産予定日を証明する書類」のコピーを添付してください。
5. 海外の医療機関等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。
6. 受取代理の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。
7. ボールペン等、消えない筆記用具でご記入ください。
鉛筆、消せるボールペン(フリクション等)は不可です。

《 支払いに関する留意点 》

- 出産後、一児につき出産育児一時金等の支給額を上限として支給します。
ただし、産科医療補償制度に加入する医療機関等において出産した場合は、出産育児一時金 420,000 円とします。

請求額が 420,000 円以上の場合

出産育児一時金等の全額が医療機関等へ支払われます。

※420,000 円を超えた差額は、被保険者が医療機関等に支払うことになります。

請求額が 420,000 円未満の場合

請求額が医療機関等へ支払われます。
※請求額と 420,000 円との差額は、医療機関等に支払うと同時に事業主を経由してあなたへ支払われます。

※ 分娩日に在籍している者であることを健康保険組合から事業主へ確認します。

《 医療機関等の皆様に対する留意事項 》

1. この請求書を受付けた後、当健康保険組合から医療機関等に受付を行った旨をご連絡いたしますので、郵便番号・所在地・名称・電話番号を必ず記載してください。
2. 分娩し、分娩費用が確定した場合は、出産費用請求書（本人宛）及び出産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。
この場合、健康保険組合から請求書の受付報告書の送付の際に同封する様式 5も記入の上、送付してください。

《 出産育児一時金請求書類（受取代理用）の流れ 》

