

出 産 育 児 一 時 金 請 求 書（受取代理申請用）

【改訂：2023年4月】

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号 番号	記号 番号	被保険者の 氏名及び印	⑩ (自署の場合のみ押印省略可)		
	被保険者の現住所	〒 () TEL ()				
	被保険者の職場名				職場の 電話番号	
	家族が出産するための 請求である場合は その家族の氏名等	氏 名		生年月日	昭和 平成	年 月 日生
	出産予定医療機関等	医療機関等 の名称				
		医療機関等 の所在地		〒 () TEL ()		
	出産予定日 (※1)	令和	年	月	日	出産予定数
出産予定者が出産予定日 から遡って6カ月以内に 健康保険の資格を喪失し ている場合は、いずれか に記入してください。	申請者本人が当健保組合の資格喪失 後6カ月以内に出産することによる 申請の場合、資格喪失後に加入して いる保険者名と記号・番号			保険者氏名		
				記号・番号		
				保険者氏名		
				記号・番号		
申請者本人の家族が被扶養者認定後 6カ月以内に出産することによる申 請の場合、被扶養者認定前に加入し ていた保険者名と記号・番号						

受 取 代 理 人 の 欄	甲 () は、医療機関等である乙 () を代理人 と定め、次の権限を委任します。また、甲は、出産育児一時金等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 (※2) の受領に関すること。(※2 出産育児一時金等の支給額を上限とする。)					
	令和 年 月 日					
	甲(被保険者)		住所		氏名 ⑩	
	乙(代理人)		住所		名称 ⑩	
	TEL					
	受取代理人に対する支払金融機関					
銀行名				支店名		
口座番号	普通 当座 その他			フリガナ		
	口座名義					

- ご記入の際は裏面の記入要領を、よくお読みの上ご記入ください。
- ご記入いただいた個人情報、出産育児一時金の振込みにのみ利用させていただきます。
- (※1) 出産予定日の確認のため、母子健康手帳の写しまたは予定日を証明する書類を添付してください。

受付印

記 入 要 領

※この請求書は、医療機関等で「直接支払制度」を利用される予定、または当健保組合に「出産費貸付制度」を申請する予定の方は、重複請求になるため申請できません。

【被保険者への注意事項】

1. この請求書による出産育児一時金の受取代理申請は、厚生労働省に届出がある対象医療機関等であり、出産予定日まで2カ月以内である場合に申請ができます。
2. この請求書の提出にあたっては、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(出産予定日が記入されているページ)の写しまたは出産予定日を証明する書類を添付してください。
3. 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保組合の間において請求書の受付の有無、出産に関する証明、及び出産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。
4. この請求書を提出した後、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、取下書または変更届の申請が必要になりますので、速やかに当健保組合までご連絡ください。

【医療機関等に対する注意事項】

1. この請求書を受付しますと、当健保組合から出産育児一時金の受取代理申請受付通知書を送付いたします。
2. 出産後、出産費用の請求額が決定しましたら速やかに以下の書類を送付してください。
 - ①出産費用の請求書(写し)
 - ②出生の事実を証明する書類(写し)
 - ③「出産費用請求報告書」(様式第2号)

【被保険者・医療機関等に対する注意事項】

この請求書による出産育児一時金の支払いは、次のとおりです。

- (1) 医療機関等の出産に係る請求額が支給額(※)以上の場合
⇒出産育児一時金の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支給額(※)未満の場合
⇒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へお支払いします。
(被保険者からの申請は不要、経費口座に振込みます。)

※出産育児一時金の支給額

- 産科医療補償制度に加入の医療機関等での出産の場合
 - ・1児につき50万円
(2023年3月31日以前に出産した場合は42万円)
- 産科医療補償制度に未加入の医療機関等での出産の場合
 - ・1児につき48.8万円
(2023年3月31日以前に出産した場合は40.8万円)
(2021年12月31日以前に出産した場合は40.4万円)

【提出先およびお問合せ先】

Y K K 健康保険組合

〒938-8601 富山県黒部市吉田200

TEL：(外線)0765-54-8650 (内線)772-3920

FAX：(外線)0765-57-0326 (内線)772-3929