

どちらかに○をつけてください

健康保険被保険者・家族 出産育児一時金受取代理申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	健康保険の 記号・番号	記号 — 番号	事業所名称	勤務先の名称をご記入ください		
	被保険者の 氏名 生年月日 住所	氏名	フリガナ 被保険者の氏名をご記入ください	生年月日	昭・平・令 ○○年 ○○月 ○○日	
		住所	被保険者の住所と連絡先をご記入ください			
	被保険者のマイナンバー記載欄 (健康保険の記号番号を記入した場合は不要です)					記号番号がマイナンバー(個人番号)の どちらかをご記入ください ※マイナンバー(個人番号)を記載し、事業所を 介さずに当組合へ直接申請される場合は、マイ ナンバー(個人番号)確認および本人確認 を行うための添付書類が必要です
	被扶養者が出産する場 合はその氏名・生年月日	旧姓 被扶養者(妻など)が 出産する場合は、 被扶養者の氏名を ご記入ください	生年月日	昭・平・令 ○○年 ○○月 ○○日		
	出産予定年月日 <small>母子健康手帳コピー等 証明する書類が必要</small>	令和 ○○年 ○○月 ○○日	単胎・多胎(○児)			
	分娩する医療機関 の名称及び所在地	名称	病院名をご記入ください			どちらかに○を つけてください
		所在地	病院の所在地をご記入ください			
	被保険者に対する支払金融機関の欄(医療機関等の請求額が出産育児一時金の支給額を下回る場合は差額をお支払いします)					
	公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は☑、利用しない場合や被保険者名義以外の口座を利用する場合は下記の欄に記入してください)				
公金受取口座を利用される場合は☑を、利用しない場合や 被保険者名義以外の口座を利用する場合は、口座情報をご 記入ください				(支)店 出張所 営業部 (漢数字3桁)を記入)	普通・当座	
口座番号				口座名義		
1 または 2 に該当する方のみご記入ください						
1. 被保険者が出産予定で退職後6ヶ月 以内の出産のときは現在加入の保険	保険の 名称	健康保険組合・共済組合 全国健康保険協会 支部・国民健康保険 市区町村	記号・番号	—		
2. 被扶養者が出産予定で予定日より6ヶ月以内 に扶養認定された方は認定前加入の保険	保険の 名称	健康保険組合・共済組合 全国健康保険協会 支部・国民健康保険 市区町村	記号・番号	—		
受 取 代 理 人 の 欄	被保険者である甲(被保険者氏名をご記入ください)は、医療機関等である乙(病院名をご記入ください)を代理人と定め、次の権限を委任します。 甲が請求する出産育児一時金のうち、乙が甲に対して令和○○年○○月○○日出産予定の出産に関し請求する費用の額(1児につき48万8千円:但し、産科医療補償制度に加入する医療機関等で出産し対象分娩の場合は50万円)の受領に関する事。 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。 令和○○年○○月○○日					
	甲(被保険者:自署)	乙(代理人)			右側(乙)と金融機関欄は医師から 証明をもらってください	
	住所 被保険者の住所をご記入ください	住所				
	氏名 被保険者の氏名をご記入ください	氏名				
	電話 連絡先をご記入ください	電話 ()				
	受取代理人に対する支払金融機関の欄					
銀行・金庫 組合・農協			(支)店 出張所 営業部 (ゆうちょ銀行の場合は、店名(漢数字3桁)を記入)	普通・当座		
口座番号	フリガナ					
	口座名義					

*裏面の留意事項を参考にご記入ください

記入するときの留意事項

◀ 被保険者が記入する欄 ▶

- (1) 記入もれのないように注意してください。
- (2) 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。
- (3) この請求による出産育児一時金請求の事前申請は、出産予定日まで2ヶ月以内であることとなっています。
- (4) この請求書の提出に当たっては、次の書類を提示するか、またはそのコピーを添付してください。
 - ・母子健康保健法第16条第1項の規程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) この請求書を提出いただいた場合、支給決定等において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。
- (6) 受取代理人である医療機関等以外で分娩することとなった場合など、受取代理申請を取り下げる時は速やかに「出産育児一時金等受取代理申請取下書」を健康保険組合へ提出してください。また、新たに出産することとなった医療機関等において受取代理制度を利用する場合は、改めて「出産育児一時金受取代理申請書」を作成し、健康保険組合へ提出してください。
- (7) 救急搬送などにより受取代理人である医療機関等以外で分娩することとなった場合、受取代理人変更に伴う取下申請及び新たな受取代理申請をするのが困難な時は、「出産育児一時金等受取代理人変更届」に必要事項を記入し新たな医療機関等を通じて健康保険組合へ提出してください。

◀ 受取代理人の欄 ▶

- (1) この請求書を被保険者から受け付けたときは、受取代理人の欄に必要事項を記入してください。
- (2) 被保険者及び被扶養者が分娩し分娩費用が確定した場合は、健康保険組合から受取代理請求書の受付報告書を送付する際に同封した「分娩費請求書等の送付について」に記入のうえ、分娩費請求書(産科医療補償制度に加入している医療機関等は、制度を証明する文言等を請求書に明記してください)及び出産証明書類のコピーを速やかに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 ▶

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48万8千円(産科医療補償制度加入で対象分娩の場合は50万円)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48万8千円(産科医療補償制度加入で対象分娩の場合は50万円)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48万8千円(産科医療補償制度加入で対象分娩の場合は50万円)との差額については被保険者へお支払いします。
- (3) 2児以上の出産の場合、1児につき48万8千円(産科医療補償制度加入で対象分娩の場合は50万円)として、上記の内容を読み替えてください。

大阪港湾健康保険組合

〒552-0023 大阪市港区港晴2丁目14番25号

TEL 06-4395-4112