

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・付加金請求書（受取代理申請用）

被保険者が記入するところ	被保険者等の記号番号	記号 10	番号 1234		
	被保険者（申請者）氏名	フリガナ ケンポタロウ 健保太郎		被保険者（申請者）住所	〒 151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷1-1-1
	生年月日	昭和 62 年 10 月 12 日 平成			電話 03 (1234) 5678
	出産予定者が被扶養者である場合、その者の氏名	健保花子		生年月日 昭和 63 年 3 月 20 日 平成	被保険者との続柄 妻
	出産予定年月日	令和 6 年 12 月 20 日		出産予定数 単胎・多胎（児）	
	出産予定医療機関等	(名称) ○○○医院		(所在地) 〒 141-0032 東京都品川区----	
	出産予定医療機関の産科医療補償制度加入の有無		有・無		電話 03 (1234) 1234
①被保険者が資格喪失後6ヶ月以内の出産で申請する場合、現在の健康保険組合の				保険者名（国民健康保険又は、健保組合名など）	電話
②被扶養者が認定後6ヶ月以内の出産で申請する場合、以前加入していた健康保険組合の				記号	
				被保険者氏名（世帯主名）	
該当者のみ記入欄					

受取代理人（医療機関）記入欄	被保険者である甲（健保太郎）は、医療機関等である乙（○○○医院）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等のうち、乙が甲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。 ※出産育児一時金等の支給額（保険者が出産育児一時金等に係る付加給付を行う場合には、付加相当額を含む）を上限とする。					
	令和 6 年 12 月 9 日					
	甲（被保険者）	住所	〒 151-0051	東京都渋谷区千駄ヶ谷1-1-1		
	氏名	健保太郎				
乙（医療機関等）	所在地	〒 141-0032	東京都品川区----			
	医療機関名	○○○医院				
	代表者名					
	電話	03 (1234) 1234				
受取代理人 支払金融機関	三菱UFJ 銀行		代々木 支店	普通・当座	7654321	
	口座名義	マルマルマルイイン				
		○○○医院				

委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。	令和 6 年 12 月 9 日
	被保険者（申請者）	健保太郎

受付日付印

支払金融機関	※退職後の申請の場合は、ご記入ください。			
	銀行	本店	普通・当座	
	信用金庫	支店		
	支店番号	口座番号	フリガナ	
		名義人		

○ 提出書類 ○ ～下記2点を揃えて提出のこと

- 被保険者・被扶養者出産育児一時金支給請求書（事前申請用）：本紙
- 母子健康手帳（氏名及び出産予定日が記載されているページ）又はその他出産予定日を証明する書類（妊婦健康診査受診票等）：写し

○ 留意事項 ○

- 当申請は、被保険者及び被扶養者「出産育児一時金」を出産前に申請するものです。よってこの申請を行った場合、出産後の「出産育児一時金」の申請を行うことはできません。
- 当申請を行った場合、出産にかかった費用として法定給付500,000円、付加給付50,000円を合わせた金額を上限とし、実費の範囲内で直接当該届出医療機関等に支払われます。上限を下回った場合は、別途差額を支給します（事業主委任）
《産科医療補償制度に加入していない医療機関等において出産した場合は法定給付488,000円になります。》
《出産費用の実費が出産育児一時金・付加金の額より少ない場合、その差額は事業主を経由し、被保険者本人に支払われます。なお、退職後の場合は被保険者本人に支払われます。》
- 当組合の被保険者資格を喪失し、支給対象外となった場合には、申請後であっても「出産育児一時金」は支給されません。
- 申請後に受取代理人として指定した医療機関等以外で出産することとなった場合には、速やかにその旨を書面にて健康保険組合迄ご連絡ください。
- 当申請は、出産予定日の1ヶ月前から1週間前までの範囲で行ってください。