

記入例

健康保険被保険者家族 出産育児一時金等支給申請書（受取代理用）

※必要事項を全て記入（及び捺印）して下さい。振込先は、事業所指定口座の場合には「委任状」を提出し、被保険者口座番号をご記入下さい。必要書類等不明な方は、当組合ホームページを参照してください。被保険者口座番号と同一印で訂正して下さい。必要書類の欄へ記入・捺印下さい。（記入方法）

①	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	②	フリガナ	健保 花子	昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日生	健保
③	被保険者 (請求者)の 住所・電話番号	フリガナ	〒 170 - 0004	東京都豊島区北大塚 1-100-200	日中連絡がとれる電話	03-5000-XXXX		
④	被扶養者が 出産するための 請求であるときは、 氏名と生年月日	フリガナ	氏名	生年月日	昭和 平成 年 月 日生			
⑤	資格喪失後 または 6 ヶ月 以内に出生し た場合	被保険者が資格喪失後 6 ヶ月以内に出生する場合、出生当日に加入している健康保険について加入している保険者名	被保険者氏名	本人・家族の別	記号	番号		
		〇〇健保	健保 花子	本人・家族	227	1		
		家族が資格喪失後 6 ヶ月以内に出生する場合、以前に加入している健康保険について加入していた保険者名	被保険者氏名	本人・家族の別	記号	番号		
				本人・家族				
⑥	出産予定日	平成 〇〇 年 〇 月 〇 日	⑦	出産予定の医療 機関等の名称 および住所・ 電話番号	名称	〇〇医療センター	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇	〇〇区 〇〇 1-2-3
	予定児数	単胎・多胎 (児)			所在地	電話	03-1234-XXXX	
被保険者（請求者）に対する支払金融機関の欄								
⑧	金融機関コード	5	店番コード	171	⑨	口座種別	1. 普通	2. 当座
	金融機関名	三菱東京UFJ	銀行	大塚	本店	支店		
	口座番号	12345〇〇	口座名義	フリガナ	健保 花子			
受取代理人に関する欄								
申請者（健保 花子）（以下「甲」という。）は、医療機関等である（〇〇医療センター）（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。								
※ 一児につき 42 万円（産科医療保障制度未加入医療機関については 40.4 万円）を上限とする。								
平成 〇〇 年 〇 月 〇 日								
〒 170 - 0004								
甲の住所 東京都豊島区北大塚 1-21-15								
氏名 健保 花子								
〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇								
乙の住所 〇〇区 〇〇 1-2-3								
名称 〇〇医療センター								
電話 03-XXXX-5678								
受取代理人に対する支払金融機関の欄								
⑩	金融機関コード	1	店番コード	193	⑪	口座種別	1. 普通	2. 当座
	金融機関名	みずほ	銀行	大塚	本店	支店		
	口座番号	76543XX	口座名義	フリガナ	医療法人 〇〇会 理事長 〇〇〇〇			

東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合 03 (3576) 3511

◎記入については、2枚目の「記入上の注意」をご覧ください。

◎添付書類・・・母子健康手帳の表紙と出産予定日の掲載部分の写し

【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、**2カ月以内**であることとなっています。
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、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。
3. 標題の「被保険者」「家族」の文字は、いずれか該当する法をマル（○）で囲んでください。
4. ②欄は、被保険者が自ら記入（自署）する場合は、押印は不要となります。被保険者以外の方が記入した場合は、この押印を省略することができません。
5. ④の欄は家族（被扶養者）が出産する場合のみ、記入してください。
6. ⑤欄は次に該当する場合、記入してください。
被保険者であった者が、資格喪失後6ヶ月以内に出産する場合に加入されている健康保険について記入してください。
被扶養者が加入6ヶ月以内に出産する場合、以前に加入していた健康保険の保険者名、記号・番号を記入してください。
7. ⑧欄の振込金融機関の欄は、被保険者名義の口座に限ります。
8. この請求書にあたっては、次の書類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の表紙、その他出産予定日を証明する書類。
9. 海外の医療機関で出産される場合は、この申請書による受取代理はご利用いただけません。

【医療機関等の皆様に対する留意事項】

1. この請求書を受付たときは、健康保険組合から受付を行った旨。「報告書」にてご連絡いたしますので、所在地・医療機関名称・代表者・電話番号を記入してください。
2. 出産し、出産費用が確定しましたら、出産費用の請求書の写し、及び出産証明書類の写しを健康保険組合に出産費用請求報告書とともに提出してください。

【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育児一時金等の支払は、次のとおりです。
 - (1) 医療機関等の出産費用に掛かる請求額が42万円（産科医療保障制度に未加入の医療機関については40.4万円）以上である場合、出産育児一時金等の全額42万円（産科医療保障制度に未加入の医療機関については40.4万円）を医療機関にお支払いいたします。
 - (2) 医療機関等への支払金額が、(1)の42万円（産科医療保障制度に未加入の医療機関については40.4万円）未満の場合、その差額を被保険者の方にお支払いいたします。※ 支払方法は、いずれも振込となります。
2. 受取代理人である医療機関等以外で出産されることになった場合は、受取代理申請取下書を提出し、改めて受取代理申請の手続きをしてください。
3. 当請求書を受付後に被保険者が資格喪失後等により出産育児一時金の支給対象者でなくなった場合は、この請求書を被保険者に返却するとともに、受取代理人である医療機関等には、その旨ご連絡いたします。

＜お問い合わせ先及び提出先＞

東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合 業務課 TEL 03-3576-3511

〒170-0004 東京都豊島区北大塚1-21-15