

# 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下さい。必要書類を添付して下さい。振込先は、事業所指定口座の場合には「委任状」欄、被保険者口座をご希望の場合は「振込金融機関の欄」へ記入・捺印下さい。（記入方法・必要書類等不明な方は、当組合ホームページをご参照ください。）

① 被保険者等の記号・番号	記号	番号	② 被保険者(請求者)の氏名・生年月日	フリガナ	ケホ 知	
	227	350		健保 太郎	昭和 平・令 48 年 4 月 5 日生	
③ 被保険者(請求者)の住所・電話番号	フリガナ	サヤマケンカク シニア村		〒	332 - 0035	
	埼玉県川口市西青木〇-〇-〇		日中連絡がとれる電話 048-258-△△△△			
④ 被扶養者が出産するための請求であるときは、その者の氏名と生年月日	フリガナ	ケホ ハナコ	氏名	健保 花子	生年月日	
	昭和 平成 50 年 9 月 7 日生					
⑤ 資格喪失後または6ヶ月以内に出産した場合	被保険者が資格喪失後6ヶ月以内に出産する場合、出産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
			本人・家族			
	家族が資格喪失後6ヶ月以内に出産する場合、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
	×××健保		健保 花子	本人・家族	〇〇〇	335
⑥ 出産予定日	令和 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	鳩ヶ谷総合病院		
	予定児数		単胎・多胎( 児)	〒	334 - 0013	埼玉県川口市南鳩ヶ谷◇-◇ 電話 048-281-××××
被保険者(請求者)に対する支払金融機関の欄						
⑧ 金融機関名	金融機関コード	117	店番コード	357	⑨ 口座種別	1. 普通
	埼玉りそな		銀行	川口		本店
口座番号	987654◇		口座名義	フリガナ	ケホ ハナコ	健保 花子
<p>申請者(健保太郎)(以下「甲」という。は、医療機関等である(鳩ヶ谷総合病院)(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。</p> <p>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。</p> <p>※ 一児につき50万円(産科医療補償制度未加入医療機関については48.8万円)を上限とする。</p> <p>令和 〇〇 年 〇 月 〇 日</p> <p>〒 332 - 0035</p> <p>甲の住所 埼玉県川口市西青木〇-〇-〇</p> <p>氏名 健保太郎</p> <p>乙の住所</p> <p>名称</p> <p>電話</p>						
受取代理人に対する支払金融機関の欄						
⑩ 金融機関名	金融機関コード	銀行	本店	口座種別	1. 普通	
			支店		2. 当座	
口座番号			フリガナ			

東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合

※枠内は医療機関に記入を依頼してください。

令和〇〇年〇月〇日

◎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、いずれか該当する方をマル（○）で囲んでください。
4. 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。
5. 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。
6. 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。
7. 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。
8. 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. この請求書を受け付けたときは、健康保険組合から受付を行った旨を「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50万円（産科医療補償制度に未加入の医療機関については48.8万円）以上である場合、出産育児一時金等の全額50万円（産科医療補償制度に未加入の医療機関については48.8万円）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50万円（産科医療補償制度に未加入の医療機関については48.8万円）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 給付課 TEL 03-3576-3511②

〒170-0004 東京都豊島区北大塚1-21-15