健康保険　被保険者・家族　出産育児一時金請求書（受取代理用）

伺年月日	令和　　年　　月　　日	受　付　番　号	No

被保険者が記入するところ

被保険者等記号・番号		所　事業	名　称	
（記号）	（番号）		所在地	

被保険者（請求者）の氏名	（フリガナ）	住所	（フリガナ） 〒　　－ TEL　　（　　）

出産予定日	平成・令和　年　月　日	被扶養者が出産するための請求であるときは、その者の			
多胎の場合(出生児の数)	人	氏名		生年月日	昭和 平成　年　月　日生 令和

出産予定医療機関	名　称	
	所在地	

被保険者に対する支払金融機関の欄

金融機関名	店　名	預金種別	口座名義人・口　座　番　号	
フリガナ（　　） 銀　行 信用金庫	フリガナ（　　） 本　店 支　店	当　座 普　通	名義人	フリガナ
			口座番号	

申請者又は出産予定者が出産予定日から6か月以内に健康保険の資格を既に喪失している場合には、以下のいずれかに記載をお願いします。

※健康保険法第106条の規定により、1年以上健康保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6か月以内に出産された場合、資格を喪失した最後の保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。

申請者本人の退職等により、健康保険又は船員保険の被保険者資格喪失後、6か月以内に出産することによる申請である場合、資格喪失後に加入している保険者名と記号･番号	保険者名			
	記号		番号	
申請者本人の家族が被扶養者認定後、6か月以内に出産することによる申請である場合は、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号･番号	保険者名			
	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の受領に関すること。

令和　　年　　月　　日

甲（被保険者）の住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

乙（代理人）の住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話　　（　　）

公金受取口座	□　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。 （利用する場合のみ☑、利用しない場合下記金融機関名を記入）

受取代理人に対する支払金融機関の欄

金融機関名	店　名	預金種別	口座名義人・口　座　番　号	
フリガナ（　　） 銀　行 信用金庫	フリガナ（　　） 本　店 支　店	当　座 普　通	名義人	フリガナ
			口座番号	

被保険者等の記号番号がわからない場合にはマイナンバーを下記の備考欄へ記入してください。
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をする添付書類が必要です。）

受　付　印

備考欄	

※乙が産科医療補償制度に加入する医療機関であり在胎週数22週に達した日以後に出産した場合は42万円

記入･留意事項等については、2枚目をご覧ください。

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おります。
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等の間において、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願います。標題の「被保険者」「家族」の文字は、いずれか該当する方を〇で囲んでください。
３．被保険者（請求者）の氏名欄は、被保険者が自ら記入（自署）する場合には、押印は不要です。
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、又はその写し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．受取代理人である医療機関以外で分娩することとなった場合は、「出産育児一時金等受取代理申請取下書」を提出してください。新たに出産することに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には、改めて「出産育児一時金申請書（受取代理用）」を提出してください。
　但し、救急搬送など取下げ手続きが困難な場合、「受取代理人変更届」に必要事項を記載の上、新たに受取代理人となる医療機関等を通じて、健康保険組合へ提出してください。

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時は、健康保険組合等から受付を行った旨連絡しますので、住所・名称・電話番号を記載してください。
２．分娩し、分娩費用が確定した場合は、出産費用の請求書（写し）及び出産の事実を証明する書類（写し）を速やかに健康保険組合へ提出してください。この場合、「出産費用請求報告書」も記入の上、送付してください。

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の支払は、次のとおりです。
　（１）医療機関等の出産に係る請求額が４０万４千円（※４２万円）以上である場合
　　・出産育児一時金等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４０万４千円（※４２万円）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３９万円（※４２万円）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
　　・一児につき４０万４千円（※４２万円）として、上記（１）、（２）の留意事項を読み替えてください。

※乙が産科医療補償制度に加入する医療機関であり在胎週数22週に達した日以後に出産した場合は42万円

お問い合わせは、神戸機械金属健康保険組合までお願いします。

℡078－360－5131

〒650－0044

神戸市中央区東川崎町１丁目３－３