

健康保険

被保険者

家族

出産育児一時金・付加金請求書【受取代理制度用】

<記入例>

|  |  |   |                                     |                 |
|--|--|---|-------------------------------------|-----------------|
| 被<br>保<br>者  | 被保険者等の<br>記号・番号                        | 記号<br>〇〇〇   | 被保険者(請求者)<br>の氏名・生年月日               | フリガナ<br>ケンボ タロウ |
|  | 番号<br>123                              | 健保 太郎   | 昭 <del>平</del> 〇〇年 ΔΔ月 ×× 日生        |                 |
| 保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ  | 被保険者(請求者)の<br>住所・電話番号                  | フリガナ<br>〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇<br>〇〇県ΔΔ市××区☆☆町1-2-3   | TEL 123-456-7890                    |                 |
|  | 被扶養者である家族が出産<br>するための請求であるときは、<br>その者の | 氏名<br>健保 花子   | 生年月日<br>昭和 <del>平成</del> 〇〇年 2月 2日生 |                 |
| 出<br>産<br>予<br>定<br>日  | 令和 ΔΔ 年 3 月 4 日                        |   |                                     |                 |
|  | 出産予定児数<br>単胎 ・ 多胎(児)                   |   |                                     |                 |
| 出<br>産<br>予<br>定<br>の<br>医<br>療<br>機<br>関<br>等<br>の<br>名<br>称<br>お<br>よ<br>び<br>住<br>所<br>・<br>電<br>話<br>番<br>号  | 名称                                     | 〇〇産婦人科医院  |                                     |                 |
|  | 所在地                                    | 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 TEL 〇〇〇(111)2222<br>東京都〇〇区××町1-1-1   |                                     |                 |
| <p>※次の場合は下欄に記入が必要です。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;"> <p>記入がない場合には支給できません。<br/>お調べのうえ、必ず記入して下さい。</p> </div> <p>●被扶養者の方が認定年月日から6ヶ月以内に出産予定の場合<br/>→ 当健保組合加入前の健康保険について記入してください。</p> <p>●当組合資格喪失後6ヶ月以内に出産予定の場合<br/>→ 現在加入している健康保険について記入して下さい。</p> <p>以下加入保険内容に相違ありません。<br/>また、加入保険に情報提供することに同意いたします。<br/>令和 〇〇年 ΔΔ月 ××日</p> <p>出産者氏名 健保 花子</p> |  |   |                                     |                 |
| 加入健康保険の名称  |  | 健康保険組合名、<br>全国健康保険協会〇〇支部、共済組合名、<br>国保加入の方は〇〇市〇〇区と記入<br>全国健康保険協会〇〇支部   |                                     |                 |
| 所在地  |  | 〇〇県ΔΔ市××区☆☆町2-3-4 TEL 〇〇(555)1111   |                                     |                 |
| 記号   | 番号                                     | 健保確認欄   |                                     |                 |
| 公金受取口座<br><small>ご希望の方はレ点を記入してください</small>   |  | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;"> <p>注意事項</p> </div> <p>※ 振込先が給与(賞与)の振込口座と同じである場合は、記入不要です。<br/>         ※ 給付日直前の変更や登録内容に誤り等があった場合は、給付日が遅延(翌月以降)する場合があります。<br/> <input type="checkbox"/> 注意事項を確認しましたので、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。</p> |                                     |                 |

|                                       |   |               |                                  |         |
|---------------------------------------|---|---------------|----------------------------------|---------|
| 委<br>任<br>者                           | 以下の医療機関等を代理人と定め、次の権限を委任します。<br>出産育児一時金のうち、以下医療機関等が委任者に対して請求する出産費用の額(一児につき500,000円<br>(産科医療補償制度に未加入の医療機関等での出産の場合は488,000円)+付加金額50,000円を上限とする。)<br>但し、資格喪失後6ヶ月以内の場合、付加金50,000円は対象外とする。<br><br>令和 〇〇年 1 月 30 日<br><br>委任者の 住所 〇〇県ΔΔ市××区☆☆町4-5-6<br>(被保険者) 氏名 健保 太郎 |               |                                  |         |
|                                       | 上記出産者(令和 〇〇年 1 月 1日出産予定)の出産育児一時金等の受領に関し委任を受けました。<br><br>令和 〇〇年 1 月 31 日<br><br>代理人の 住所 〇〇県ΔΔ市××区☆☆町7-8-9<br>(医療機関等) 名称 〇〇産婦人科医院<br>氏名 院長 東京 太郎  |               |                                  |         |
| 受<br>取<br>代<br>理<br>に<br>関<br>する<br>欄 | 受取代理人に対する支払金融機関の欄   |               |                                  |         |
|                                       | 金融機関コード   | 〇 〇 1 1       | 支店コード                            | Δ Δ 2 2 |
|                                       | 口座番号  | 〇〇            | 銀行<br>農協<br>金庫<br>信組             | ΔΔ      |
| 口座種別                                  | 本店・支店<br>出張所  |               |                                  | 普通・当座   |
| 口座番号                                  | 7 7 7 7 7 7 7   | (カタカナ)<br>名 義 | マルマルサンフジンカイイン<br>インチョウ トウキョウ タロウ |         |

受付目付印

【裏面】

## 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等のお支払いについては、次のとおりです。
  - 医療機関等の出産に係る請求額が受取委任額以上である場合
    - 出産育児一時金等の委任額全額を医療機関等へお支払いします。
  - 医療機関等の出産に係る請求額が受取委任額未満である場合
    - 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、その請求額との差額については、被保険者へお支払いします。

## 被保険者の皆様へ

- この出産育児一時金等の請求書による事前申請は、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。
- この請求書をご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。
- 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。
- 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（出産者名と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
- 直接支払制度を利用する方、海外で出産する方、出産費資金貸付制度を利用する方は、この請求書による事前申請はご利用頂けません。
- 申請後に受取代理人である医療機関等以外で出産することになった場合は、速やかに健康保険組合に申し出て下さい。

## 医療機関等の皆様へ

- 健保組合がこの請求書の受付をした時は、健康保険組合から受付を行った旨をご連絡いたします。
- 出産し、出産費用が確定した場合は、出産費請求書及び出生証明書類の写しを速やかに健康保険組合へ提出してください。