

※この欄には記入しないでください	常務理事	部長	課長	担当者	同年月日	令和 年 月 日	受付印
					受取代理の要件	1 満たしている 2 満たしていない	
					受付番号	No.	
資格関係 照合済		年 月 日 取得 年 月 日 喪失		備考			

健康保険 被保険者・家族 出産育児一時金 支給申請書（受取代理用）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	(記号)	(番号)	事業所	名 称	
					所在地	
	被保険者の (申請者の) 氏 名 住 所	氏 名	フリガナ ()	住 所	郵便番号	□□□-□□□□
						☎() —
	出産予定日 及び数	令和 年 月 日 単・多 (胎)	被扶養者が出産するための申請である場合は、その者の			
			氏 名	生年 月 日	昭和 年 月 日 平成	
	出 産 予 定 医 療 機 関 等	名 称				
		所在地				
	被保険者に対する 支払金融機関	銀 行 信用金庫 信用組合	本 店 支 店	店番	預金種別	口座番号
		口 座 名 義	(フリガナ)			
申請者又は出産予定者が出産予定日から6ヵ月以内に健康保険又は船員保険の資格を既に喪失している場合は、以下にご記入ください。 (健保法等の規定により1年以上被保険者であった方が資格喪失後6ヵ月以内に出生された場合、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ヵ月以内に出生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称と記号・番号			保険者名			
			記 号	番 号		
申請者の家族が被扶養者認定後、6ヵ月以内に出生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称と記号・番号			保険者名			
			記 号	番 号		

受 取 代 理 人 の 欄	<p>被保険者(申請者)である甲 () 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*万円を上限とする。(*裏面の支給額一覧表を参照のこと)〕 令和 年 月 日</p> <p>甲(被保険者)の住所 _____ 氏名 _____</p> <p>乙(医療機関等)の住所 _____ 名称 _____ ☎() —</p>					
	受取代理人に対する 支払金融機関	銀 行 信用金庫 信用組合	本 店 支 店	店番	預金種別	口座番号
		口 座 名 義	(フリガナ)			
					※ 振込金額	円

『うら面』をご覧ください。

被保険者の方に関する留意事項

- 1 この申請書による出産育児一時金(受取代理)の請求は、出産予定日まで2ヵ月以内であることとなっています。
- 2 この申請書を提出していただいた場合、出産予定の医療機関等と当健康保険組合の間において、申請書の受付の有無、出産に関する証明およ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 受取代理人となった医療機関以外で出産することになる場合は、速やかに当健康保険組合へ申し出てください。

医療機関等に関する留意事項

- 1 この申請書を受付けたときは、当健康保険組合から受付を行った旨通知しますので、所在地・名称・電話番号を記載してください。
- 2 出産し、その費用が確定した場合は、出産費請求書および出産証明書類の写しを速やかに当健康保険組合へ提出してください。この場合、当健康保険組合から送付する「受取代理申請受付通知書」に同封する『出産費用請求報告書』も記入のうえ、送付してください。

被保険者・医療機関等に共通する留意事項

この請求書による出産育児一時金の支払いは、次表のとおりです。

区 分	支 給 額
通常の場合	42万円
産科医療補償制度に未加入の分娩機関、あるいは在胎週数22週未満の出産(流産、人工妊娠中絶含む)の場合	40万4千円

※上表は1児につき支給される金額ですので、多胎の場合は胎児数を乗じて読み替えてください。
(例：2児出産で被保険者本人の通常の場合、支給額は84万円となります。)

お問い合わせは、当健康保険組合 給付課へお願いします。

〒550-0014 大阪市西区北堀江2-2-25 久我ビル南館8階

大阪府木材健康保険組合

☎ 06-6541-1481