

支給決定額		支給決定日				令和 年 月 日	給付記録 入力済印
		常務理事	マネジャー	リーダー	担当者		
医療機関	円						
被保険者	円						

被保険者・被扶養者 出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証	記号		番号		②事業所の名称	
	③被保険者 (請求者)	氏名	(フリガナ)				
		住所	〒 (フリガナ)				
		生年月日	昭和・平成	年	月	日	電話 ( )
	④出産予定日・数	令和 年 月 日 単・多(胎)					
	⑤被扶養者が出産するための請求であるときはその者	氏名	(フリガナ)				
		生年月日	昭和・平成	年	月	日	
	⑥出産予定 医療機関等	名称	(フリガナ)				
		所在地	〒 (フリガナ)				
	⑦申請者に対する 支払金融機関 (注1)	銀行 信組・信金			店・本店 支店・出張所		
預金 種別		1.普通 4.通知 2.当座 5.貯蓄 3.別段	口座 番号		口座 名義	(フリガナ)	
⑧被保険者又は家族の分娩が、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、現在の保険者名と記号・番号(注2)	保険者名				電話 ( )		
	記号				番号		

(注1)資格喪失後の分娩に関する申請の時のみ記入してください。(注2)健康保険法第106条又は船員保険法第73条の規定により、1年以上健康保険又は船員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。

確 認 欄	本請求について、下記の項目を確認しました。	令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> ①又は②の要件を満たしたものである。	
	①申請者本人(被保険者又は請求者)が作成したものである。	
	②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。	
	<input type="checkbox"/> HP「給付に関する事項」等、個人情報保護方針を確認し、同意した。	
<input type="checkbox"/> 請求内容に関し健保組合が医療機関等に照会する必要がある場合は同意する。		

受 取 代 理 人 ( 医 療 機 関 ) の 欄	申請者( ) (以下「甲」という。)は、医療機関等である( ) (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。											
	※ 出産育児一時金等の支給額(保険者が出産育児一時金に係る付加給付を行う場合には、付加相当額を含む)を上限とする。											
	令和 年 月 日											
	甲の住所 氏名			電話 ( )								
乙の所在地 名称			医療機関番号 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									
受取代理人に 対する支払金融 機関	銀行 信組・信金			店・本店 支店・出張所								
	預金 種別	1.普通 4.通知 2.当座 5.貯蓄 3.別段	口座 番号		口座 名義	(フリガナ)						

\*この請求書による申請は、出産予定日の2ヶ月以内に提出してください。申請医療機関以外で出産することになった場合、速やかに当組合までご連絡ください。  
\*医療機関からの請求額が50万円以上(産科医療補償制度対象外の場合は48万8千円以上)の場合、50万円(産科医療補償制度対象外の場合は48万8千円)を支払います。  
\*医療機関からの請求額が50万円未満(産科医療補償制度対象外の場合は48万8千円未満)の場合、請求額を支払い、差額は被保険者(事業主又は代理人)に支払います。  
\* 確認欄は、必ず全ての項目を確認し、チェックを入れて下さい。