

記入見本

支給決定額		支給決定日				給付記録 入力済印
		平成	年	月	日	
医療機関	円	常務理事	マネージャー	リーダー	担当者	
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)

該当する文字を囲む

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証	記号	〇〇	番号	〇〇〇	②事業所の名称	〇〇〇株式会社	
	③被保険者 (請求者)	氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎				印	
		住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 (フリガナ) 〇〇県〇〇市△△...				電話 〇〇 (〇〇〇〇)〇〇〇〇	
		生年月日	昭和・平成 〇〇 年		□□ 月	△△ 日		
	④出産予定日・数	平成 〇〇 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) ケンボ ハナコ 健保 花子					
生年月日		昭和・平成 〇〇 年		□□ 月	△△ 日			
⑥出産予定 医療機関等	名称	(フリガナ) マルマルマルマルピョウイン 〇〇〇〇病院						
	所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 (フリガナ) マルマルケンマルマルサンカクサンカク...				電話 〇〇 (〇〇〇〇)〇〇〇〇		
⑦申請者に対 する支払金融機 関 (注)	預金 種別	1:普通	4:通知	口座 番号	銀行 信組・信金	口座 名義	店・本店	
		2:当座	5:貯蓄				3:別段	(フリガナ) マルマルマルマルピョウイン
⑧被保険者の 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	保険者名					電話	()	
	記号			番号				
⑨家族の分娩が 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 家族の以前の保 険者名と記号・ 番号	保険者名	〇〇健康保険組合				電話	〇〇(〇〇〇〇)△△△△	
	記号	〇〇		番号	〇〇〇			

資格喪失後の分娩のみ記入

私は本請求にもとづく給付金に関する権限を事業主(又は代理人)に委任します。 平成 〇〇年 □□月 △△日

被保険者の住所 〇〇県□□市△△...

氏名 健保 太郎 印

事業主の名称・所在地 〇〇県□□市△△...

氏名 〇〇〇株式会社 代表取締役 〇〇 □□□ 印 電話 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

⑧ 該当時、分娩時に加入していた
保険の名称等を記入

⑨ 該当時、認定前に加入していた
保険の名称等を記入

申請者(健保 太郎) (以下「甲」という。)は、医療機関等である(〇〇〇〇病院) (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。

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*の受領に関する事。

* 出産育児一時金等の支給額(保険者が出産育児一時金等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。

平成 〇〇年 □□月 △△日

甲の住所 〇〇県□□市△△...

氏名 健保 太郎 印

乙の所在地 〇〇県□□市△△... 電話 ()

名称 〇〇〇〇病院 印 医療機関番号 〇〇〇〇〇〇〇〇

銀行 〇〇〇〇 信組・信金 □□□□ 店・本店

預金種別 1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段 口座番号 〇〇〇〇〇〇〇〇 口座名義 (フリガナ) マルマルマルマルピョウイン 〇〇〇〇病院

* この請求書による出産育児一時金(受取代理用)の申請は、出産予定日の2ヶ月以内に提出してください。

* 医療機関からの請求額が42万円以上(産科医療補償制度対象外の場合は40万4千円以上)の場合、医療機関に42万円(産科医療補償制度対象外の場合は40万4千円)を支払います。

* 医療機関からの請求額が42万円未満(産科医療補償制度対象外の場合は40万4千円未満)の場合、医療機関に請求額を支払い、差額は被保険者(事業主又は代理人)にお支払します。

* この請求書の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。

(注) 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。