被保険者又は被扶養者であるご家族が、妊娠4ヵ月(85日)以上で出産した場合に「(家族)出産育児一時金」 が支給されます。(死産の場合も支給されます) 産科医療補償制度加入医療機関等における妊娠22週以降の出産に対しては500,000円、該当しない場合は 488,000円が支給されます。 「出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)」は、受取代理制度導入医療機関で2カ月以内に出産予定の方 が、出産費用の支払に受取代理制度を利用される場合に使用します。(「直接支払制度」とは異なりますのでご注意く ださい。直接支払制度をご利用される場合の手続きは出産予定の医療機関等へ直接ご確認ください。) 必要事項を記入の上、受取代理人の欄に出産予定の医療機関等の記入を受け、<mark>出産前に</mark>健康保険組合に提出し ます。出産後、医療機関等からの請求に基づき、出産育児一時金の範囲内で出産費用を支払います。出産費用等か 出産育児一時金支給額より少なくてすんだときは、医療機関等に対する支給決定時に差額を申請書記載内容に基づ き被保険者に支給します。 出産予定の医療機関等より交付される申請 時金等支給申請書(受取代理用) 書をご提出いただいても結構です。 健康保険の 999999 9999 番号 記号 昭和 (フリカ゛ナ) カネカ ケンポ 生年 氏名 平成 # 年 1 月 # 日 鐘化 健保 月日 令和 申請者 7 999-9999 (被保険者) 電話番号 住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 7 年 4 月 5 日 出産予定数 単 多(胎) 出産予定日 令和 申 昭和 (フリカ゛ナ) カネカ クミコ 請 出産予定者 生年 平成 # 年 7 月 1 日 氏名 ※申請者と同一 者 鐘化 組子 月日 の場合は不要 令和 (フリカ゛ナ) 被 名称 〇〇市立病院 出産予定 保 医療機関等 険 **7 999-9999** 所在地 者 〇〇県〇〇市〇〇町3-2-1 □ 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 (利用する場合は② 利用しない場合は下記の欄を記入。 被保険者の口座をご記入ください。 が 申請者に 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は 記 対する 金融機関名 口座名義(カタカナ) 支店名 口座番号(7桁) 支払金融機関 普通 す 9999999 〇〇銀行 〇〇支店 カネカ ケンホ° 当座 る 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又は船員保険の資格を既に喪失している場合は、以下のいす れかに記載をお願いします。 ※ 健康保険法第10 者であった方が被保険者資格 ろ 喪失後、6か月以 ることができます。 重複支給をふせぐために、該当の場合は必ずご記入ください。 保険者名 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 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 保険者名 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 来早 健康保険の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、こちらの欄へ記載<mark>マイナンバー記載の場合は、別途確認書類のご提</mark> (マイナンバーを記載した場合は、必ず個人番号確認、本人確認書類を添付してく 出が必要になりますのでご注意ください。 □ 本申請<u>書の提出を事業主に委任します(委</u>任する場合は V) 事業主経由で提出する場合は、 申請者(以下「甲」という。) は、医療機関等である 〕にチェックが必要です。 アー、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。 ※出産育児一時期な等の支給額を上限とする 取 令和 年 月 日 代 理 住所 甲の 氏名 の 出産予定の医療機関等の記入を受け 所在地 乙の 名称

※受取代理申請を取り下げる場合、受取代理人を変更する場合は、速やかに健康保険組合にご連絡ください。