

記入見本

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(令和5年3月31日以前の出産は420,000円)、該当しない場合は488,000円が支給されます(令和5年3月31日以前の出産は408,000円)。
 「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ヵ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。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、出産前に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。出産費用等が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書をご提出いただいても結構です。

一時金等支給申請書(受取代理用)

申請者(被保険者)記入するところ	被保険者証	記号	1000		番号	7777777		
	申請者(被保険者)	氏名	(フリガナ) カネカ ケンタロウ 鐘化 健太郎					
		住所	〒676-0000 兵庫県高砂市・・・					
		生年月日	昭和・平成 2年 8月 19日 電話番号 079 (000)0000					
	出産予定日・数	令和 4年 11月 25日 単 多(胎)						
	出産予定者 <small>※申請者と同一の場合は不要です</small>	氏名	(フリガナ) カネカ ヤスコ 鐘化 康子					
		生年月日	昭和・平成 4年 3月 3日					
	出産予定医療機関等	名称	(フリガナ) マルサンカクヒョウイン ○△病院					
		所在地	〒650-0000 兵庫県神戸市・・・					
	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。)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、公金受取口座を利用できません。							
被保険者の口座をご記入ください。		○△◇		銀行 金融 信組	◎○		店・本店 支店 出張所	
申請者に対する支払金融機関		預金種別	1:普通 2:当座 3:別段 4:通知 5:貯蓄	口座番号	134567	口座名義	(フリガナ) カネカ ケンタロウ 鐘化 健太郎	
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喪失した場合は、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。 <small>※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ヵ月以内に出生された場合、資格を喪失した最後の被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。</small>								
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と記号・番号				保険者名				
申請者本人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と記号・番号				保険者名	マイナンバー記載の場合は、別途確認書類のご提出が必要になりますのでご注意ください。			
被保険者証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、こちらの欄へ記載してください(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ださい)。								
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)					事業主経由で提出する場合は、 <input type="checkbox"/> にチェックが必要です。			
受取代理人の欄	申請者(鐘化 健太郎)(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。 <small>※出産育児一時金等の支給額を上限とする。</small>							
	甲の住所		兵庫県高砂市・・・					出産予定の医療機関等の記入を受けてください。
	氏名		鐘化 健太郎					
	乙の所在地							
名称								
受取代理人に対する支払金融機関		預金種別	1:普通 2:当座 3:別段 4:通知 5:貯蓄	口座番号		口座名義	(フリガナ)	
		銀行 金融 信組				店・本店 支店・出張所		

(備考欄)

※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。