

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420,000円、該当しない場合は404,000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ヵ月以内に産産予定の方が、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、受取代理人の欄に産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なるときは、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)が記入するところ	被保険者証	記号	1000		番号	7777777		
	申請者(被保険者)	氏名	カネカ ケンタロウ 鐘化 健太郎					被保険者氏名を署名又は記名・捺印してください。
		住所	〒676-0000 兵庫県高砂市...					
		生年月日	昭和(平成) 2年 8月 19日					
	出産予定日・数	令和 1年 7月 10日 単・多(胎)						
	出産予定者	氏名	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	マルサンカクビョウイン ○△病院					
		所在地	〒650-0000 兵庫県神戸市...					
	申請者に対する支払金融機関	預金種別	1:普通 3:別段 5:貯蓄	2:当座 4:通知	口座番号	134567		口座名義
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、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。								
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(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を上限とする。							
	令和 1年 5月 25日							
	甲の住所 兵庫県高砂市... 氏名 鐘化 健太郎							
乙の所在地 名称 (印) 電話 ()								
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)								
(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。