

被保険者の方に関する留意事項

- 1 この申請書による出産育児一時金(受取代理)の請求は、出産予定日まで2ヵ月以内であることとなっています。
- 2 この申請書を提出していただいた場合、出産予定の医療機関等と当健康保険組合の間において、申請書の受付の有無、出産に関する証明および出産費用に関する情報の提供を行いますのであらかじめご了承ください。
- 3 標題の「被保険者」「家族」の文字は、いずれか該当する方をマル(○)で囲んでください。
- 4 被保険者が自ら記入(自署)する場合には、押印は不要です。なお、被保険者以外の方が記入した場合の押印は省略することはできません。
- 5 受取代理人となった医療機関以外で出産することになる場合は、速やかに当健康保険組合へ申し出てください。

医療機関等に関する留意事項

- 1 この申請書を受付けたときは、当健康保険組合から受付を行った旨通知しますので、所在地・名称・電話番号を記載してください。
- 2 出産し、その費用が確定した場合は、出産費請求書および出産証明書類の写しを速やかに当健康保険組合へ提出してください。この場合、当健康保険組合から送付する「受取代理申請受付通知書」に同封する『出産費用請求報告書』も記入のうえ、送付してください。

被保険者・医療機関等に共通する留意事項

この請求書による出産育児一時金(付加金を含む)の支払いは、次表のとおりです。

区 分	支 給 額
通常の場合	42万円
産科医療補償制度に未加入の分娩機関、あるいは在胎週数22週未満の出産(流産、人工妊娠中絶含む)の場合	40万4千円 〔平成26年12月31日以前の出産は39万円〕

※上表は1児につき支給される金額ですので、多胎の場合は胎児数を乗じて読み替えてください。
(例：2児出産で被保険者本人の通常の場合、支給額は84万円となります。)

お問い合わせは、当健康保険組合 給付課へお願いします。

〒542-0061 大阪府中央区安堂寺町2-4-14 文健会館4階
関西文紙情報産業健康保険組合
☎ 06-6765-9212