

※この欄には記入しないでください	常務理事	部 長	課 長	担 当 者	伺 年 月 日	令和 年 月 日	受 付 印
					受取代理の要件	1 満たしている 2 満たしていない	
					受 付 番 号	No.	
	資格関係 照 合 済	年 月 日 取得 年 月 日 喪失	備 考				

健康保険 被保険者・家族 出産育児一時金 支給申請書（受取代理用）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	(記号)	(番号)	事業所	名 称				
					所在地				
	被保険者の (申請者の) 氏名・印 住 所	氏 名	フリガナ ()		住 所	郵便番号□□□-□□□□			
			Ⓜ			☎() —			
	出産予定日 及 び 数	令和 年 月 日 単 ・ 多 (胎)	被扶養者が出産するための申請である場合は、その者の		氏 名		生年 月 日	昭和 年 月 日 平成	
	出 産 予 定 医療機関等	名 称							
		所在地							
	被保険者に対する 支払金融機関	銀 行 信用金庫 信用組合		本 店	店番		預金種別		
		口 座 名 義		支 店	口座番号				
		(フリガナ)							
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既に喪失している場合は、以下にご記入ください。 (健保法等の規定により1年以上被保険者であった方が資格喪失後6ヵ月以内に出産された場合、喪失した最後の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)									
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称と記号・番号				保険者名					
				記 号		番 号			
申請者の家族が被扶養者認定後、6ヵ月以内に出産することによる 申請である場合は、その家族が被扶養者認定前に加入していた 保険者名称と記号・番号				保険者名					
				記 号		番 号			

受 取 代 理 人 の 欄	被保険者(申請者)である甲 () は、医療機関等である乙 () 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。 〔※一児につき、50*万円を上限とする。(※裏面の支給額一覧表を参照のこと)〕 令和 年 月 日							
	甲（被保険者）の住所_____							
	氏名_____ Ⓜ							
	乙（医療機関等）の住所_____							
	名称_____ Ⓜ ☎() —							
	受取代理人に対する 支払金融機関	銀 行 信用金庫 信用組合		本 店	店番		預金種別	
		口 座 名 義		支 店	口座番号			
		(フリガナ)						

『うら面』をご覧ください。

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の支払いは、次表のとおりです。

区 分	支 給 額
通 常 の 場 合	50万円 〔 令和5年3月31日以前の出産は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	48万8千円 〔 令和5年3月31日以前の出産は40万8千円 〕

※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100万円となります。)

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