

伺年月日	令和 年 月 日	取得	平成・令和 年 月 日	常務理事	事務長	課長	業務係長	主任	係
申請の要件	1. 満たしている	喪失	平成・令和 年 月 日						
	2. 満たしていない	扶養認定	平成・令和 年 月 日						
受付番号	No,								

健康保険 被保険者 出産育児一時金等支給申請書（受取代理用）

様式1号

◎記入及び添付書類については、裏面の「留意事項」をご覧ください。

被 保 険 者 （ 甲 ） が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号	記号	番号	生年月日	昭和・平成 年 月 日						
	被保険者の氏名・印				事業所の						
	(フリガナ)				名称						
					所在地						
	被保険者住所・日中連絡がとれる電話番号										
	(フリガナ)										
	〒										
	電話番号 ()										
	出産予定者 (※被保険者の場合は不要です)			氏名	昭和・平成 年 月 日			出産予定日 令和 年 月 日			
	予定出産児数	出産予定医療機関等									

甲の振込先	銀行	本店	口座名義人	(フリガナ)					
	金庫	支店							
	農協	出張所	口座番号						
預金種別	普通・その他 ()								

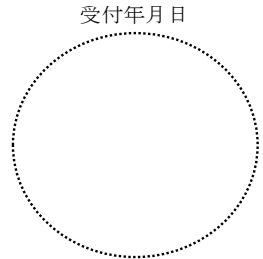
受 取 代 理 人 （ 乙 ） の 欄	甲 () は、医療機関である乙 () を代理人と定め、次の権限を委任します。 また甲は、出産育児一時金の医療機関等への直接支払制度は利用しません。 甲が請求する出産育児一時金等のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額（単胎上限42万円・多胎の場合は児数に応じた額。但し、出産費用の請求額が、児数に応じた額未済の場合はその額。）の受領に関する事。									
	令和 年 月 日									
	甲（被保険者）の住所 _____									
	氏名 _____									
乙（代理人）の住所 _____										
氏名 _____										
電話番号 () _____										

乙の振込先	銀行	本店	口座名義人	(フリガナ)					
	金庫	支店							
	農協	出張所	口座番号						
預金種別	普通・その他 ()								

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、下記備考欄へ記載（12ケタ）してください。
 （マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認・本人確認をするための添付書類が必要となります。）

備考欄

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄



被保険者の皆様に対する留意事項

1. この申請書による出産育児一時金の申請は、出産予定日まで2ヶ月以内であることとなっています。
2. この申請書を提出いただいた場合、出産予定の医療機関等と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、及び出産費用に関する情報提供を行いますので予めご了承ください。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。
3. ④の欄は、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、被保険者以外の方の押印を省略することはできません。
4. この申請書の提出に当っては、次の書類を提示するか、又はその写しを添付してください。
* 母子保健法第16条第1項の規定により交付された母子健康手帳その他出産予定日を証明する書類。
5. 受取代理人である医療機関等以外で出産することになった場合は、すみやかに健康保険組合に申し出てください。
6. 付加給付は、直接被保険者へお支払いします。
(被保険者資格を喪失された後の出産の場合は支給されません。)

医療機関等の皆様に対する留意事項

1. 健康保険組合がこの申請書(受取代理用)を受付けた時は、その旨ご連絡します。
2. 出産し、出産費用が確定した時は、様式5の「出産費用請求報告書」に記名押印のうえ、出産費用の請求書⑤及び出産証明書類写を添えて健康保険組合へすみやかに送付してください。

被保険者・医療機関等の皆様に対する留意事項

1. この申請書による出産育児一時金の支払いは次のとおりです。
 - (1) 医療機関等の出産に係る請求額が42万円(産科医療補償制度加算対象出産でない場合は40.8万円。以下省略)以上である場合
⇒ 出産育児一時金等の全額を医療機関等へお支払いします。
 - (2) 医療機関等の出産に係る請求額が42万円未満である場合
⇒ 請求額として記載されている額を医療機関等へお支払いし、その請求額と42万円との差額については、被保険者へお支払いします。
- ※上記(1)、(2)の金額は単胎に対するもので、多胎の場合は児数に応じた金額となります。

《◎ご不明な点があれば健康保険組合 ☎06-6943-5436までお尋ねください。》