

支給決定	常務理事	事務長	担当・入力	支給金額 (法定給付額)					円	
				内訳	被保険者				円	
支給日	令和	年	月		日	医療機関				円
決定日	令和	年	月	日	(資格喪失日)		令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日						

被保険者

家族

## 出産育児一時金請求書 (事前申請用)

被保険者氏名	
--------	--

下記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

被保険者等	記号		番号						
会社名				所属名					
分娩予定年月日	令和	年	月	日	入院する医療機関名				
分娩者名				生年月日	昭平令	年	月	日	被保険者との続柄

受取代理に関する欄	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。  甲が請求する出産育児一時金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額 (一児につき上限50万円) の受領に関すること。  令和 年 月 日  甲 (被保険者)の住所 ..... 氏名 ..... (印)  乙 (代理人) の住所 ..... 氏名 ..... (印)				
	乙指定の支払い金融機関				
	金融機関	店名	預金種別	口座番号	口座名義 (カタカナ)
			<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		

※本請求書の記入にあたり、裏面の「留意事項」をご覧ください。

※母子手帳の写し、その他出産予定日を証明する書類を添付してください。

※被扶養者となる出生児の場合は出産後「健康保険 被保険者異動・被扶養者認定申請書」を提出願います。

### 被保険者の皆様に対する留意事項

- 1.この請求書による出産育児一時金の事前申請は、出産予定日まで1ヶ月以内であることになっています。
- 2.この請求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との間で請求書の受付の有無、分娩に関する証明及び分娩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○で囲んでください。
- 4.この請求書の提出に当たっては、次の書類の写しを添付ください。
  - ・母子健康手帳その他出産予定日を証明する書類
- 5.海外の医療機関で分娩される場合は、この申請書による事前申請はご利用いただけません。
- 6.申請後に受領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、速やかに健康保険組合に申し出てください。
- 7.この請求書の「受取代理に関する欄」の記載について、医療機関より文書料等の負担を求められる場合がございます。

### 医療機関等の皆様に対する留意事項

- 1.この請求書の「乙指定の支払金融機関」の口座名義欄は、フリガナ表記をお願いします。
- 2.この請求書を受付けた時は、健康保険組合から受付を行った旨、連絡いたします。
- 3.分娩し、分娩費用が確定した場合は、分娩費請求書及び出生証明書類の写しを、速やかに健康保険組合へ提出してください。

### 被保険者及び医療機関等の皆様に対する留意事項

- 1.この請求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一児につき上限50万円以上である場合、出産育児一時金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一児につき上限50万円未満である場合、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、その請求額と出産育児一時金との差額については申請により事業主経路にて被保険者へお支払いします。