健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書(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	被保険者(請求者)			
	被保険者(請求者)の現住所	〒　　－　　TEL　　(　　)					
	事業所の名称						
	被扶養者が出産するための請求であるときは、その者の	氏名		生年月日	昭和 平成　年　月　日	出産予定日	令和　年　月　日
	出産する予定の医療機関	名称					
		所在地	〒　　－　　TEL　　(　　)				
	被保険者の出産が資格喪失後であるときは現在の被保険者証の	保険者名(健保・国保等)		電話番号	記号・番号		
				(　　)	・		
	家族の出産が被扶養者となってから6ヶ月以内のとき、以前の被保険者証の	保険者名(健保・国保等)		電話番号	記号・番号		
				(　　)	・		

受取代理人の欄(医療機関等)	甲(　　)は、乙(　　)を代理人と定め、次の権限を委任する。 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(※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 乙(代理人)の住所 氏名			
	受取代理人に対する支払金融機関の欄			
	※金融機関名		本・支店名	本店・支店(　　)
	口座番号	(普通・当座) No.	フリガナ	
			口座名義人	

受取代理人の欄(事業所)	被保険者に対する支払金融機関の欄				
	受領を委任するとき	本請求に基づく給付金(医療機関が受領する金額を除く)に関する権限を代理人に委任します。 令和　年　月　日 被保険者氏名(請求者)　氏名 代理人の(口座名義人)　住所 氏名			※ 在職の方は、貴事業所の健保口口座名義人の方に委任してください。 (事業所担当者におたずねください。)
	給付金受領口座	※金融機関名		本・支店名	本店・支店(　　)
		口座番号	(普通・当座) No.	フリガナ	
				口座名義人	

※　記入・留意事項については、裏面をご覧ください。
※　支払金融機関はゆうちょ銀行以外をご指定ください。

受付日付印

管工業健康保険組合

被保険者の留意事項

1．申請前に医療機関等が受取代理に同意していただけるか確認してください。
2．この請求書による出産育児一時金請求の事前申請は、出産予定日まで2ヶ月以内であることとなっております。
3．この請求書をご提出いただいたとき、及び支給決定時において受取代理人である医療機関等と健康保険組合の間において、手続きに必要な個人情報の授受を行うことになりますので、あらかじめご了承願います。
4．標題の「被保険者」「家族」の文字は、いずれか該当する方を〇で囲んでください。
5．「受領を委任するとき」の欄は被保険者（資格喪失者を除く）の記名をしてください。
（在職の方で代理人（口座名義人）及び給付金受領口座については、事業所のご担当者におたずねください。）
6．被保険者が資格喪失等により支給対象者でなくなった場合及び受取代理人である医療機関以外で出産することとなった場合は、速やかに健康保険組合へ申し出てください。

医療機関等の留意事項

1．この請求書を健康保険組合が受付したときは、健康保険組合から医療機関等へ受取代理申請受付通知を送付いたします。
2．出産し、出産費用が確定した場合は、出産費用請求報告書、出産費用請求書の写し及び出産の事実を証明する書類（出生証明書）の写しを速やかに健康保険組合へ送付してください。

共通の留意事項

この請求書による出産育児一時金の支払いは、次のとおりです。

（1）産科医療補償制度に加入の医療機関等での出産に係る請求額が50万円以上（産科医療補償制度に未加入の医療機関等での出産の場合は48．8万円以上）である場合
- 産科医療補償制度に加入の医療機関等には50万円をお支払いします。
- 産科医療補償制度に未加入の医療機関等には48．8万円をお支払いします。
- 付加給付金（在職中の被保険者及び任意継続被保険者が出産した場合に6万円）は、被保険者（事業所健保口口座）へお支払いします。

（2）産科医療補償制度に加入の医療機関等の出産に係る請求額が50万円未満の場合（産科医療補償制度に未加入の医療機関等の場合は48．8万円未満）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の金額との差額及び付加給付金（上記に同じ）については被保険者（事業所健保口口座）へお支払いします。

※令和5年4月以降の金額です。