

同年月日	令和 年 月 日	出産日・出生児	支給内訳	常務理事	事務長	担当者
決議年月日	令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日	医療機関等	円		
資格取得日	年 月 日	単胎・	被保険者	円		
資格喪失日	年 月 日	多胎(児)	支給計	円		
扶養認定日	年 月 日					

健康保険 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 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号番号	記号	② 被保険者の氏名
		番号	
	③ 被扶養者の出産である時はその者の氏名		④ 出産予定日 平成・令和 年 月 日
	⑤ 被扶養者の出産で、扶養認定日より6ヶ月以内の出産の場合、以前加入していた社会保険名を記入	国保 (役所) → 不要。 健保 (健保組合) → 不支給証明書を前加入先に発行してもらってください。 その他 ()	
	⑥ 名称		
	出産予定の医療機関名	所在地 〒	電話
	*退職者または任意継続被保険者の方は記入不要です。		
	⑦ 医療機関等の出産に係る請求額が受取委任額未満の場合は、その請求額との差額の給付を事業主を代理人と定め受領を委任します。		
	本人	住所 氏名	
	※代理人	住所 氏名	
	*退職者のみ記入してください。(医療機関等の出産に係る請求額が受取委任額未満の場合の振込先)		
	⑧ 金融機関名	支店名	預金種目 普通・当座
	口座番号	口座名義 (フリガナ)	

受 取 代 理 に 関 す る 欄	<p>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。ただし、出産育児一時金等の支給額を上限とする。</p>			
	令和 年 月 日	甲(被保険者)	住所 氏名	乙(代理人) (医療機関等) 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	支店名	預金種目 普通・当座	
	口座番号	口座名義 (フリガナ)		

被保険者のマイナンバー(12桁)
(健康保険被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

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等の請求による事前申請は、出産予定日まで1ヶ月以内であることとなっております。
※ 海外の医療機関で出産される場合は、この申請書による事前申請は利用できません。
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の間において、請求書の受付の有無、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してください。
 - ・ 母子健康手帳の写し(出産予定日と出産者氏名が記入されている部分)
5. 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、この申請書は無効となりますので速やかに健康保険組合まで申し出てください。

医療機関等の皆様に対する留意事項

1. この請求書を受付けた場合は、健康保険組合から受付を行った旨連絡いたします。
2. 出産し、出産費用が確定した場合は、出産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・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等の支払は、次のとおりです。
 - (1) 医療機関等の出産に係る請求額が受取委任額以上である場合
⇒ 出産育児一時金等の委任額全額を医療機関等へお支払いいたします。
 - (2) 医療機関等の出産に係る請求額が受取委任額未満である場合
⇒ 請求額として記載されている額を医療機関へお支払いし、その請求額との差額については、被保険者(社員の場合は事業主経由)へお支払いします。