

理事長	常務理事	事務長	担当者

☐ 被保険者
☒ 被扶養者

出産育児一時金等請求書（受取代理用）

被保険者（請求者）が記入するところ	被保険者証の記号・番号	記号 10	番号 0000	① 被保険者（請求者）の氏名・生年月日と印 健保 太郎 	フリガナ ケンボ タロウ	□ 昭 ☒ 平 □ 令 00 年 00 月 00 日生	
	被保険者（請求者）の住所・電話番号	フリガナ 〒 000 - 0000 東京都港区南青山〇丁目〇〇番〇〇号					電話 00 (0000) 0000
	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	フリガナ ケンボ ハナコ	氏名 健保 花子	生年月日	□ 昭和 ☒ 平成 □ 令和 00 年 00 月 00 日生		
	資格喪失後に出産予定の場合は、新しい被保険者証の保険者名及び記号・番号。または被扶養者が扶養認定日以降6ヶ月以内に出産予定の場合は、扶養認定前に加入していた被保険者証の保険者名及び記号・番号	保険者名		出産予定日	令和 00 年 00 月 00 日		
	出産予定の医療機関等の名称及び所在地・電話番号	名称 小規模マタニティクリニック	所在地 〒 000 - 0000 東京都文京区本駒込〇丁目〇〇番〇〇号	電話 00 (0000) 0000			

受取代理に関する欄	請求者（ 健保 太郎 ）（以下「甲」という）は、医療機関等である（代理マタニティクリニック）（以下「乙」という）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・付加金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額*の受領に關すること。 令和 00 年 00 月 00 日 〒 000 - 0000 甲（被保険者） 住所 東京都港区南青山〇丁目〇〇番〇〇号 氏名 健保 太郎  〒 000 - 0000 乙（代理人） 住所 東京都文京区本駒込〇丁目〇〇番〇〇号 氏名 代理 春生  電話 00 (0000) 0000												
	受取代理人に対する支払金融機関の欄												
	⑤ 金融機関名	金融機関コード	*					店番コード	*			⑥ 口座種別	☒ 普通 ☐ 当座 ☐ その他 ()
		科研第一		☒ 銀行 ☐ 金庫 ☐ 農協 ☐ 信組				駒込		☒ 本店 ☐ 支店 ☐ 出張所 ☐ その他			
	口座番号	1234567				口座名義	フリガナ ダイリ ハルオ 代理 春生						

◎記入については、裏面「記入上の注意」をご覧ください。
◎添付書類については、裏面に掲載してあります。必ずご覧ください。
◎「＊」印欄（金融機関コード・店番コード・付加金額）は保険者が使用する欄です。

令和 00 年 00 月 00 日提出

受付日付印

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書による事前申請は、出産予定日まで2ヶ月居内であることとなっております。
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の間において、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」「被扶養者」の文字は、いずれか該当する方のチェックボックスに✓を入れてください。
4. この請求書の提出に当たっては、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. ①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。
6. 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頂けません。
7. 受取代理申請の取り下げ
申請後に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など、受取代理申請を取り下げる場合においては、速やかに、様式2の「出産育児一時金等受取代理申請取下書」を提出してください。
8. 受取代理人の予定外の変更
救急搬送などで受取代理人の変更に伴う申請取り下げ及び再申請の時間的余裕がない場合には、様式3の受取代理人変更届に必要な事項（変更後の受取代理人の医療機関等による記名・押印及びその他必要事項の記載を含む）を記載の上、提出してください。

医療機関等の皆様に対する留意事項

1. この請求書を受け付けた時は、健康保険組合から受付を行った旨連絡いたします（様式4「受付通知書」）。
2. 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。
3. ⑤及び⑥の欄は、該当する項目のチェックボックスに✓を入れてください。⑥の欄の「3. その他」を選択した場合は「（ ）」欄に口座種別を記入してください。

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、次の通りです。
 - （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等にお支払いし、その請求額との差額については、被保険者（事業主経由での支給を委任している場合は事業主）へお支払いします。