

常務理事	事務長	担当者

被保険者
家 族 出産育児一時金等請求書（事前申請用）

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） 記 入 欄	被 保 險 者 記 号 ・ 番 号	記 号	番 号	被 保 險 者（請求 者）の氏名及び 生 年 月 日	フリガナ					
					昭・平・令	年	月	日 生		
	被 保 險 者（請求者）の 住 所 ・ 電 話 番 号		〒 一 電話							
	事業所の名称 及び住所・電 話 番 号	名 称								
		所在地	〒 一	電話						
	配偶者の分娩であると きはその者の 氏名		フリガナ			生 月	年	昭和 平成 令和	年 月 日	
	資格喪失後に出産予定の場合は、最新の保険者（健保）名と記号・番号。または被扶養者が扶養認定日以後6か月以内に出産予定の場合は、扶養認定前に加入していた保険者（健保）名及び記号・番号		保 险 者 名			出 产	予 定 日	令 和	年 月 日	
	出産予定の医 療機関等の名 称及び住所・ 電 話 番 号		名 称							
		所在地	〒 一	電話						
【被保険者（請求者）に対する支払金融機関の欄】										
金融機関名	銀行 農協 金庫 信組			本店 支店 出張所		口 種	座 別	1. 普通 2. 当座 3. その他 ()		
口 座 番 号	口 座 名 義			フリガナ						

受 取 代 理 人 の 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※の受領に関する事。								
	令和 年 月 日				※出産育児一時金の支給額を上限とする				
	住所 〒 一								
	甲(被保険者) 氏名								
	乙(代理人) 氏名								
	【受取代理人に対する支払金融機関の欄】								
	金融機関名	銀行 農協 金庫 信組			本店 支店 出張所		口 種	座 别	1. 普通 2. 当座 3. その他 ()
口 座 番 号	口 座 名 義			フリガナ					

● 被保険者の皆様に対する留意事項

- ア. この請求書による出産育児一時金の請求書による事前申請は、出産予定日まで2か月以内であることとなっております。
- イ. 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願います。
- ウ. 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。
- エ. この請求書の提出にあたっては、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。
 - ・母子保健法大16条第1項の規定により交付された母子健康保険手帳、その他出産予定日を証明する書類
- オ. 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。
- カ. 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、すみやかに健康保険組合に申し出てください。

● 被保険者の皆様に対する留意事項

- ア. この請求書を受理した時は、健康保険組合から受付を行った旨連絡いたします。
- イ. 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すみ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

- ア. 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へお支払いし、その請求額との差額については、被保険者へお支払いします。