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）

◎ご記入前に別紙「留意事項」をご覧下さい。
◎添付書類についても別紙「留意事項」に記載してあります。必ずご確認ください。

令和　　年　　月　　日提出

被保険者が記入するところ

保険者証記号番号	記号	番号	被保険者の氏名及び生年月日	ﾌﾘｶﾞﾅ 昭和・平成　　年　　月　　日生
被保険者の住所等	〒 電話　　（　　）			
事業所の名称・部署名及び所在地	名称	（株）	部署名	
	所在地	〒		
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	ﾌﾘｶﾞﾅ		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日生
	氏名			
出産予定日	令和　　年　　月　　日	被保険者が資格喪失後に出産予定の場合は、新しい保険証の保険者（組織）名及び記号番号、または、被扶養者が扶養認定日以後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保険証の保険者（組織）名及び記号番号	保険者（組織）名　※1別添参照	
※出産予定日を証明する書類を添付			記号	番号
出産予定の医療機関等の名称及び住所・電話番号 産科医療補償制度加入状況（該当する方に〇印を記入）	名称			
	所在地	〒 電話　　（　　）		
	産科医療補償制度に（　加入している　・　加入していない　）			

被保険者に対する支払金融機関の欄

金融機関名	銀行	支店名	店
口座番号	（普・当　　）	口座名義	ﾌﾘｶﾞﾅ

受取代理に関する欄

甲（　　）は、医療機関である乙（　　）を代理人と定め、次の権限を委任する。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。

※一児につき法定給付費額を上限とする（産科医療補償制度未加入の場合は掛金を差し引いた額）。

令和　　年　　月　　日

甲（被保険者）　住所
氏名　　㊞

乙（医療機関）　住所
名称　　㊞
電話番号　　（　　）

代理人に対する支払金融機関の欄

金融機関名	銀行	支店名	店
口座番号	（普・当　　）	口座名義	ﾌﾘｶﾞﾅ

202304

◆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事前申請は、出産予定日まで2ヶ月以内であること。
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願います。
3. 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。
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(出産する者の名前と出産予定日が記されている頁)、その他出産予定日を証明する書類
5. 被保険者が自ら記入(自署)する場合には、被保険者名横の押印は不要です。
   なお、被保険者以外の方が記入する場合は(被保険者の)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及び出産費貸付制度をご利用されている方は、出産育児一時金等の事前申請はご利用いただけません。
7. 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、速やかに公文健康保険組合に申し出てください。

※1保険者(組織)名とは社会保険の場合は〇〇健康保険組合又は△△共済組合又は□□社会保険事務所国民健康保険の場合は◎◎市等と明記されています。

◆医療機関等の皆様に対する留意事項

1. 当組合がこの請求書を受付けた時は、健康保険組合から出産育児一時金等の受取代理請求書の受付についての報告書をお送りします。
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産証明書類の写しを速やかに公文健康保険組合まで提出してください。
3. 産科医療補償制度に加入する医療機関等の医学管理下において在胎週数22週に達した日以降に出産した場合は、産科医療補償制度加入医療機関の証として請求書に所定のスタンプを押印してください。

◆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します。

(2)医療機関等の出産に係る請求額が受領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のお支払し、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。

◆事業所のご担当者様へ

※ 被保険者等からこの請求書が届いた場合は、速やかに当組合までご申請ください。