

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		被保険者の氏名		フリガナ	
記号		番号		印	
被保険者の住所		TEL ー ー			
被扶養者の氏名 (被扶養者が出産者の場合)		被扶養者の生年月日 (被扶養者が出産者の場合)		昭和 平成 年 月 日	
入院する医療機関等の名称・所在地		名称		所在地	
被扶養者が出産予定日前6ヵ月以内に被保険者として他の健保組合に加入していた場合はその健保組合の名称など		健保組合(会社)名		記号番号	
		加入期間 令和 年 月 ~ 令和 年 月		電話番号	
給付金の振込先 (被保険者名義)		銀行 農協組合 信用金庫 労働金庫 信用組合		支店 普通 口座番号 当座 その他	

(医療機関等受取代理人・被保険者が記入するところ)

甲 () は、医療機関等である 乙 () を受取代理人と定め、次の権限を委任する。 一. 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48.8万円または50万円※)の受領に関すること。					
出産予定日		令和 年 月 日 (医療機関等受取代理人が記入)			
令和 年 月 日 甲(被保険者)の住所 氏名 印 乙(受取代理人)の住所 氏名 印 TEL ー ー					
受取代理人の振込先		銀行 農協組合 信用金庫 労働金庫 信用組合		支店 普通 口座番号 当座 その他	
		口座名義 フリガナ			

- ※1 請求書提出後に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、または受取代理人以外の医療機関等で出産することとなった場合はすみやかに健保組合へ申し出てください。
- ※2 海外の医療機関等で出産される場合は、この請求書による事前申請はできません。
- ※3 産科医療補償制度に加入する医療機関等の医学的管理下において、在胎週数22週に達した日以後に出産した場合の法定給付の額は、50万円となります。
- ※4 50万円の給付を受けるには、「産科医療補償制度加入機関」であることを証明する所定の印が押印された領収書の写しの添付が必要となります。
- ※5 医療機関等からの出産費用の請求額が出産育児一時金等の金額未満の場合は、差額を被保険者へお支払いします。

(健保使用欄)

出産育児一時金 請求書受付年月日 (被保険者→健保)		事前申請受付書 送付年月日 (健保→受取代理人)		出産費用請求書等 受付年月日 (受取代理人→健保)		健保入力年月日		事業所担当印		
支給額	医療機関等					円	理事長	常務理事	事務長	担当者
	被保険者									
支払年月日		令和 年 月 日				備考				