

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	被保険者証の記号 - 番号 ※枝番記載不要				生 年 月 日				
	—				昭和 平成 年 月 日生				
	被保険者 (請求者) の氏名		(フリガナ)		事 業 所 の	名 称			
						所在地			
	被保険者 (請求者) の住所		郵便番号		電話番号		()		
			(フリガナ)						
	被扶養者が出産する ための請求である ときは、その方の		氏 名		生 年 月 日		昭和 平成 年 月 日生		
	出 産 予 定 日 ・ 数		令和 年 月 日		／ 単 ・ 多 (胎)				
	出産する医療機関等の		名 称		電話番号 ()				
			所在地						
被 保 険 者 に 対 す る 支 払 金 融 機 関 の 欄									
金融機関名		店 名		預金種別		口座番号		口座名義	
銀行		本店 支店		普通					

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、 次の権限を委任する。 甲が請求する出産育児一時金・出産育児付加金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額 (上限42万円・上限49万円(付加金含む)※) の受領に関する事。								
	令和 年 月 日								
	甲(被保険者)の住所 氏名								
	乙(代理人)の住所 氏名								
受 取 代 理 人 に 対 す る 支 払 金 融 機 関 の 欄									
金融機関名		店 名		預金種別		口座番号		口座名義	
銀行		本店 支店		普通 当座					

【 記入上の注意事項 】

訂正者氏名：

- ◎ 記入訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し訂正印を押印または欄外「訂正者氏名」にフルネームで署名してください。
- ◎ 「※」欄の出産に関し請求する費用の額は、どちらかを○で囲んでください。
 なお、資格喪失後6ヶ月以内に分娩された方は上限42万円となります(付加金は支給されません) ので
 ご注意ください。
- ◎ 産科医療補償制度に未加入の医療機関等で出産した場合(死産を含み、在胎週数第22週以降のものに限る)、上限は40.8万円・47.8万円(付加金含む)になります。

【 添付書類について 】

- ◎ 出産予定日を証明する書類(母子健康手帳の写し等)を添付してください。

【 振込みについて 】

- ◎ 「上限42万円」を選択した場合、付加金は被保険者へ振込みます。
- ◎ 医療機関等からの請求額が給付限度額(※で選択した額)を上回る場合、給付限度額を医療機関等へ振込みます。給付限度額を超えた出産費用分は被保険者が医療機関等に支払います。
- ◎ 医療機関等からの請求額が給付限度額を下回る場合、請求額を医療機関等へ振込みます。給付限度額までの残額は被保険者へ振込みます。