

出産育児一時金 請求書 内払金支払依頼書
家族出産育児一時金 差額申請書

令和 年 月 日 請求

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者等 記号番号※	1234-56789	② 被保険者の 氏名・生年月日	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎 昭和・平成 ○○年 ○○月 ○○日	
	③ 被保険者の現住所	〒 000-0000 ○○県○○市○○町1-1 電話 000 (000) 0000			
	④ 被保険者の勤務 する(していた)事業所	名称	○○○○株式会社	所在地	○○県○○市○○町1
	⑤ 被扶養者が 出産したとき	被扶養者 氏名	健保 愛子	生年月日	昭和 平成 ○○年 ○○月 ○○日
	⑥ 出産した医療機関等 の名称・所在地	名称	○○○○病院	所在地	○○県○○市○○町2
	⑦ 出産した年月日	令和 ○○年 ○○月 ○○日			
	⑧ 今回の申請は、退職等により、千葉県機械金属健康保険組合の被保険者資格喪失後、6ヶ月以内に出産したことによる申請ですか。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑨ 上記⑧で「はい」と答えた場合、資格喪失後、家族の被扶養者になっていますか。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑩ 上記⑨で「はい」と答えた場合、資格喪失後に家族の被扶養者として加入している健康保険の保険者名と記号・番号を教えてください。				保険者名 記号・番号	
⑪ 今回の申請は、家族が被扶養者認定後、6ヶ月以内に出産したことによる申請ですか。				<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑫ 上記⑪で「はい」と答えた場合、家族が被扶養者認定を受けた要因は退職等により、健康保険の資格を喪失したことによるものですか。				<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑬ 上記⑫で「はい」と答えた場合、家族が被扶養者認定前に加入していた健康保険の保険者名と記号・番号を記入してください。				保険者名 記号・番号	
⑭ 備考	※被保険者マイナンバー 記載欄 (12桁)		※記号番号がわからない場合のみ記入してください。		
⑮ 委任状	私は出産育児一時金・家族出産育児一時金の受領を 令和 ○○年 ○○月 ○○日 被保険者氏名 健保 太郎 ⑮			⑮ に委任します。	
公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑、しない場合は下記の欄を記入。)				
⑯ 退職者用 振込先	銀行 農協 金庫 信組	本店 支店	種別	当座 普通	
				口座番号 口座名義	

⑰ 医師、 助産師 または 市区町村 長が証明 するところ	出産年月日	令和 年 月 日	生産・死産の別	生産・死産 (妊娠 週・ヶ月)
	出産児の数	単胎・多胎 (児)	備考	
	上記のとおり相違ないことを証明します。			令和 年 月 日
	所在地 医療機関等の 名称 医師・助産師名			
	本籍	筆頭者氏名		
出生届出日	出生児氏名	出生年月日		
上記のとおり相違ないことを証明します。			令和 年 月 日	
市区町村長名			⑰	

※裏面注意事項あり

千葉県機械金属健康保険組合

記入上の注意

I 被保険者への注意事項

1. 表題は、被保険者が出産したときは「出産育児一時金」を、被扶養者が出産したときは「家族出産育児一時金」を○で囲んでください。
2. 被扶養者が出産したための申請の場合は、被扶養者の氏名、生年月日を記入してください。被保険者が出産したための申請の場合は記入不要です。
3. ⑥欄の出産した場所は、出産した病院、診療所または助産所などの医療施設名と所在地を記入してください。なお、自宅出産の場合はその旨を記入してください。
4. ⑭欄には、被保険者の資格を喪失したあとの出産であるときは資格喪失年月日を、生産であったが間もなく死亡したときは「出生児は○○時間生存したあと死亡」などのことを記入してください。
5. ②欄と⑮欄の被保険者の印は必ず同一印を押印してください。

※医師、助産師による出産証明、または市区町村長による出生に関して戸籍に記載した事項等の証明を受けてください。ただし、死産の場合は、医師・助産師に限って証明を受けてください。

II 医師および助産師への注意事項

1. ⑰欄は、該当する文字を○で囲み、死産の場合は、妊娠第○週・○ヶ月であったか記入してください。

III 添付書類について

1. 医師・助産師または市区町村長の証明を受けられない場合は、出生が確認できる書類（戸籍謄(抄)本、戸籍事項記載証明書、登録原票記載事項証明書、出生届受理証明書、母子健康手帳(原本提示)、住民票など)を添付してください。
2. 医療機関等から交付される直接支払制度に係る代理契約に関する文書の写し及び出産費用の領収・明細書の写しを添付してください。(代理契約に関する文書には「代理契約を医療機関等と締結していない旨」及び申請先となる「保険者名」が記載されています。領収・明細書には、医療機関等が支払機関へ提出する「専用請求書の内容と相違ない旨」の記載および「産科医療保障制度の対象分娩であることを証明する所定の印」が押印(該当する場合のみ)されています。)
3. 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。翻訳文には、翻訳者の住所、氏名、電話番号及び翻訳者の印鑑が必要です。

出産育児一時金等の支給要件について

■ 出産育児一時金等の支給要件

被保険者本人が出産した場合は「出産育児一時金」が支給され、被扶養者が出産した場合は「家族出産育児一時金」が支給されます。

一時金の対象となるのは、妊娠4ヶ月(85日)以上の出産で、早産、死産、流産、人工妊娠中絶(経済的理由によるものを含む)も含まれます。

〈資格喪失後に出産した場合〉

被保険者の資格を失った場合でも、資格喪失日の前日(退職日等)までに被保険者期間が継続して1年以上あり、資格喪失後6ヶ月以内に出産した場合は「出産育児一時金」の支給を受けることができます。

■ 支給額

1児につき50万円が支給されます。ただし、産科医療保障制度に加入する医療機関等において、在胎週数22週に達した日以後の出産(死産を含む。)でない場合にあっては48万8千円が支給されます。(流産は在胎週数22週未満において生ずるものであり、人工妊娠中絶も在胎週数22週未満において行われるものであることから、これらの場合は48万8千円が支給されます。)

出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度または貸付制度もあります

■ 直接支払制度(医療機関等によっては、対応していない場合があります。)

被保険者が医療機関等との間に、出産育児一時金の支給申請および受取に係る代理契約を締結のうえ、出産育児一時金の額を限度として、医療機関等が被保険者に代わって出産育児一時金の支給申請および受取を直接当健康保険組合に行うことにより、医療機関等の窓口において出産費用を支払う経済的負担の軽減を図るものです。(家族出産育児一時金も同様です。)

- 分娩に要する費用が50万円(または48万8千円)を超えた場合
出産育児一時金50万円(または48万8千円)を医療機関等にお支払いしますので、被保険者は出産育児一時金を超えた額を医療機関等の窓口でお支払いすることになります。
- 分娩に要する費用が50万円(または48万8千円)以下の場合
分娩に要した費用額を医療機関等にお支払いします。また、出産育児一時金等50万円(または48万8千円)と分娩に要した費用額の差額については、申請していただくことにより被保険者にお支払いします。

■ 出産費貸付制度

出産育児一時金等が支給されるまでの間、分娩に要する費用が必要な場合に、無利子の貸付制度があります

※不明な点は、当健康保険組合までご連絡ください。