

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書 (受取代理人)

◎記入については、裏面の「注意事項」をご覧ください。
◎添付書類については裏面に記載してありますので、必ずご覧ください。

被保険者 (請求者) の記入 する ところ	① 被保険者等※		②	(フリガナ)	ケンポ タロウ	
	記号	1234	番号	56789	被保険者の 氏名 生年月日	健保 太郎 昭和 平成 ○○年 ○○月 ○○日
	③ 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)事業所の		名称	○○○○株式会社		
			所在地	〒000-0000 ○○県○○市○○町1 電話 000(000)0000		
	⑤ 被扶養者が出産するための請求であるとき		氏名	健保 愛子		
			生年月日	昭和 平成 ○○年 ○○月 ○○日		
⑥ 出産する医療機関等の		名称	○○○○病院			
		所在地	〒000-0000 ○○県○○市○○町2-2 電話 000(000)0000			
⑦ 出産予定日		令和 ○○年 ○○月 ○○日		⑧ 出生児の数	単胎・多胎(児)	
⑨ 委任状	私は出産育児一時金・家族出産育児一時金の支給のうち医療機関等からの請求額に差額が生じた場合、その差額の受領を ㊦に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 ㊦					
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。)					
⑩ 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	通帳番号	
※被保険者のマイナンバー					※記号番号がわからない場合のみ記入してください。	

⑪ 医療機関等の受取代理人の欄	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・家族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50万円)の受領に関すること。 令和 年 月 日 甲(被保険者) 住所 氏名 ㊦ 乙(代理人) 住所 氏名 ㊦ 電話 ()					
	受取代理人振込先	銀行 農協 金庫 信組	本店 支店	種別	当座・ 普通	通帳記号
	受取代理人口座名義	(フリガナ)			備考欄	

【注意事項】

I 被保険者への注意事項

1. この請求書による出産育児一時金等の請求書による事前申請は、出産予定日まで2ヶ月以内であることとなっております。
2. 医療機関等によって利用できる制度が異なりますので、直接支払制度または受取代理制度のどちらを利用できるかは、あらかじめご確認ください。
3. 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千葉県機械金属健康保険組合の間において、請求書の受付の有無、分娩に関する証明および分娩費用に関する情報の提供を行いますので、あらかじめご了承ください。表題の「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。
4. ⑥欄の出産する場所は、出産する病院、診療所または助産所等の医療施設名を記入してください。なお、自宅出産する場合はその旨を記入してください。
5. この請求書の提出にあたっては、次の書類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その他出産予定日を証明する書類
6. 被扶養者認定6ヶ月以内の被扶養者の分娩である場合は「出産育児一時金等請求書に係る照会について」を添付してください。
7. 申請した受取代理人である医療機関以外で出産することになった場合や申請後に被保険者が資格喪失等により出産育児一時金等の支給対象者でなくなった場合は、至急組合まで申し出てください。
8. 請求書の提出後に被保険者が資格喪失等により、出産育児一時金等の支給対象者でなくなった場合は、至急組合まで申し出てください。
9. 海外での出産は、受取代理制度は適用されません。

II 医療機関等への注意事項

1. この請求書を受付けた時は、千葉県機械金属健康保険組合から受付を行った旨連絡しますので、住所・名称・電話番号を記載してください。
2. 分娩し、分娩費用が確定した場合は、分娩費請求書および出産証明書類の写しを速やかに提出してください。

III 被保険者・医療機関等への注意事項

この請求書による出産育児一時金等の支払いは、次のとおりです。

1. 医療機関等の出産に係る請求額が50万円以上である場合
出産育児一時金等の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50万円未満である場合
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50万円との差額については、被保険者へお支払いします。
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週に達した日以前に出産した場合の法定給付の額は48万8千円となります。(加入分娩機関交付の請求書に対し所定の印が押印されているか確認してください。)