

記入 ください ない	決定金額				喪失		常務理事	事務長	課長	課長代理	担当者
	出産育児一時金				生死産						
					多胎						

被扶養者認定日 昭和 平成 令和 年 月 日

被保険者家族 出産育児一時金請求書(受取代理用)

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	被保険者 の氏名	生年	昭和 平成 令和	年	課長			
	被保険者の 現住所	フリガナ 〒 -						係長			
	事業所の名称							係長			
	資格取得年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	資格喪失 年月日	平成 令和	年	月	日	係員
	出産予定日	令和	年	月	日	出産予定数	単・多(胎)				
	出産する者		続柄		生年月日	昭和 平成	年	月	日		
	被扶養者が以前加入していた健康保険または、資格喪失後に出産予定の場合は、新しい健康保険の名称等	名称 所在地 記号・番号		電話 ()							
	出産予定の医療機関等の名称および住所・電話番号	名称	〒 -								
		所在地	電話 ()								
	差額の支給を受ける時は受領方を				職名	に委任します					
令和 年 月 日				氏名							
小田急グループ健康保険組合理事長殿				被保険者 氏名	印						

受取代理に関する欄

甲()は、医療機関等である乙()を代理人と定め、次の権限を委任します。また、甲は出産育児一時金の医療機関等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。(一児につき上限42万円)

令和 年 月 日

甲(被保険者) 住所
氏名 (印)

乙(代理人) 住所
氏名 (印)

受取代理人に対する支払い金融機関の欄

金融機関名	金融機関コード	店番コード	*	口座種別	1.普通 2.当座 3.その他 ()
	銀行 農協 金庫 信組			本店 支店 出張所	
口座番号	口座名義		フリガナ		

2019.5

受付日付印

被保険者の皆様に対する留意事項（裏面）

1. この請求書による出産育児一時金の請求書による事前申請は、出産予定日まで1ヶ月以内である事となっております。
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ください。
3. 標題の「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. 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
5. 海外の医療機関で分娩される場合は、この申請書による事前申請はご利用いただけません。
6. 申請後に受取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、速やかに健康保険組合に申し出てください。
7. ①の欄は、医療機関等の出産に係る請求額が受取委任額未満である場合に、その請求額との差額を被保険者へ支給しますので、必ずご記入ください。

医療機関等の皆様に対する留意事項

1. この請求書を受付けた時は、健康保険組合から受付を行った旨連絡いたします。
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生証明書類の写しを速やかに健康保険組合へ提出してください。
3. ②及び③の欄は該当する項目を(○)で囲んでください。④の欄の「3. その他」を囲んだ場合は、「()」欄に口座種別を記入してください。

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
 - ・出産育児一時金の委任額全額を医療機関へお支払いします。
 - (2) 医療機関等の出産に係る請求額が受取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お支払いし、その請求額との差額については被保険者または事業主経由で被保険者へ支給します。