

[様式1]

北陸情報産業健康保険組合

健康保険 被保険者・家族 出産育児一時金・付加給付支給申請書 (受取代理用)

申請者が記入するところ	被保険者証の記号番号		被保険者(申請者)の生年月日			
			年 月 日			
	被保険者(申請者)の氏名	(フリガナ)	事業所	名 称		
				所在地		
	被保険者(申請者)の住所	(フリガナ)				
		〒	電話 ()			
	被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です) No. _____					
	出産予定日・数	年 月 日 予定 単 ・ 多 (胎)				
	被扶養者の出産のための申請であるとき	被扶養者の氏名		被扶養者の生年月日		
				年 月 日		
出産予定医療機関等	名 称					
	所在地		電話 ()			
申請者又は出産予定者が出産予定日から6カ月以内に健康保険又は船員保険の資格を喪失している場合は、以下のいずれかに記載をお願いします。						
申請者本人の退職等により、健康保険又は船員保険の被保険者資格喪失後6カ月以内に出産することによる申請である場合、資格喪失後に加入している保険者名と記号番号	保険者名					
	記 号		番 号			
申請者本人の家族が被扶養者認定後、6カ月以内に出産することによる申請である場合は、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号番号	保険者名					
	記 号		番 号			
申請者に対する支払について、希望する金融機関名等を記入してください。						
金融機関名	店 名	預金種別	口座番号	口座名義人名		
銀 行	本店	普通		(フリガナ)		
信用金庫	支店	当座				

□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☑ 利用しない場合は上記の欄を記入。)
注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。

受取代理人の欄	申請者 () (以下「甲」という。)は、医療機関等である () (以下「乙」という。)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等の医療機関等への直接支払制度は利用しません。				
	健康保険組合が甲に対して支給する出産育児一時金等を限度として、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。				
	※出産育児一時金等とは、出産育児一時金、家族出産育児一時金、出産育児一時金付加金、及び家族出産育児一時金付加金のことをいう。				
	年 月 日	甲 (申請者) 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について、希望する金融機関名等を記入してください。					
金融機関名	店 名	預金種別	口座番号	口座名義人	
銀 行	本店	普通		(フリガナ)	
信用金庫	支店	当座			

出産育児一時金等の受取代理についての概要と記載上の留意事項

この受取代理制度の概要は次のとおりです。

1 この制度を利用できる方は次のとおりです。

被保険者（被保険者であった方を含みます。以下「支給申請者」といいます。）であって、下記に該当する方。但し、直接支払制度を利用する方は利用できません。

出産育児一時金等の支給を受ける見込がある方（被扶養者を有する方を含みます。）で、
出産予定日まで2カ月以内の方。

2 この制度を利用希望の場合の流れは次のとおりとなります。

- ① この制度を利用される方は別紙様式1「健康保険被保険者・家族出産育児一時金・付加給付支給申請書（受取代理用）」を用いて、「申請者が記入するところ」欄に必要事項を記入してください。

なお、「申請者に対しての支払について希望する金融機関名等」欄は、健康保険組合からの給付金の額が医療機関等からの請求額を上回った場合に、その差額を希望金融機関の口座に振り込む場合に必要ですので忘れずに記入してください。

また、反対に健康保険組合からの給付金が医療機関等からの請求額を下回り不足が出た場合は、出産した方が直接その差額を医療機関等に支払わなければなりません。

- ② 給付金の受取を委任する医療機関等で、「受取代理人の欄」に必要事項を記入してもらって下さい。

この委任欄には甲乙それぞれ住所、氏名を記入して下さい。

- ③ 母子保健法第16条第1項の規定により交付された、母子健康手帳の写し、又はその他出産予定日を証明する書類を添付してください。

- ④ この請求書は支給申請者ご自身が組合に提出してください。

- ⑤ 出産が終わり退院されますと受取委任を受けた医療機関等から健康保険組合に対し、出産費用の請求書の写しと出産の事実を証明する書類の写しが送付されますので、その請求金額を給付金の額で精算しその内訳を通知いたします。

この時に「産科医療補償制度」の対象となる医療機関等で分娩した場合に、医療機関等から送られてくる「請求書」には産科医療補償制度加入機関であることを証明する文言の印字やスタンプが押印されます。

- ⑥ 請求書を提出後に、分娩する医療機関等を変更した時や受取代理を取り下げる時は速やかに健康保険組合まで連絡してください。申し出に必要な届出書をお送りいたします。

3 健康保険から給付される出産育児一時金又は家族出産育児一時金及び組合独自の付加給付の額は次のとおりです。（令和5年4月1日改正分）

出産育児一時金又は家族出産育児一時金の額	500,000円
但し、「産科医療補償制度」に未加入の医療機関等で分娩した場合	488,000円
健康保険組合独自の付加給付の額	10,000円

※ 多胎分娩の場合は出生児数を乗じて支給されます。

※ 資格喪失後の分娩の場合には組合独自の付加給付は支給されません。