

健康保険 被保険者等 被扶養者 出産育児一時金等支給申請書（受取代理用）【記入例】

保 険 者 の 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者等 記号・番号	999 - 9999	生 年 月 日	昭和 平成・令和 61 年 11 月 2 日	
	(フリガナ)	ケンボ タロウ	名 称	千葉県トラック運送(株)	
	② 被保険者 (申請者) 氏名	健保 太郎	事 業 所 所 在 地	千葉県習志野市茜浜〇-〇-〇	
	③ 被保険者 (申請者) 住所	〒 123 - 4567 千葉県習志野市△△ 〇-〇-〇 電話 012 - 3456 - 7890			
	④ 出産予定日	令和 6 年 12 月 5 日	出 産 数	単・多 (胎)	
申 請 者 の 記 入 す る と こ ろ	⑤ 出産予定者 (申請者と同一の場合は不要です。) 氏 名 (続 柄)	健保 花子 (妻)	生 年 月 日	昭和 平成・令和 61 年 11 月 1 日	
	⑥ 出産予定の 医療機関等	名 称	〇〇産婦人科クリニック		
	所 在 地	千葉県習志野市×× △-△-△			
	被保険者名 義 (申請者) 受取金融機 関	銀行 信用金庫 信用組合 農 協	本店 支店	種 別 普通・当 座	
	口座番号	7ケタで記入 1 2 3 4 5 6 7			
申請者又は出産予定者が出産予定日から6ヶ月以内に健康保険又は船員保険の資格を既に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。 ※健康保険法第106条又は船員保険法第73条の規定により、1年以上健康保険又は船員保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6ヶ月以内に 出産された場合、資格を喪失した最後の保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。					
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ヶ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			
申請者本人の家族が被扶養者認定後、6ヶ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			

受 取 代 理 の 欄	⑥ 申請者 (健保 太郎) (以下、「甲」という。)は、医療機関等である 千葉産婦人科クリニック (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。			
	甲が請求する出産育児一時金等のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額 (上限500,000円 (産科医療補償制度対象の出産でないときは488,000円) の受領に関すること。 ※令和5年3月31日までは420,000円 (産科医療補償制度対象の出産でないときは408,000円、令和3月12月までは404,000円)			
	令和 〇 年 〇 月 〇 日			
	甲 (被保険者) の住所 千葉県習志野市△△ 〇-〇-〇 氏名 健保 太郎 乙 (代理人) の所在地 千葉県〇〇 名称 千葉産婦人科クリニック 電話 〇〇 - 〇〇 - 〇〇			
	受取代理人 に対する 支払金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農 協	本店 支店	種 別 普通・当 座

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

【記入のポイント】

＜被保険者（申請者）が記入するところ＞

- ①被保険者等記号・番号
被保険者証または資格情報のお知らせ、資格確認書に記載されています。
- ②被保険者（申請者）氏名
被保険者氏名をご記入ください。
・被保険者が亡くなっている場合は申請者氏名をご記入ください。
- ③被保険者（申請者）住所
被保険者住所をご記入ください。
・被保険者が亡くなっている場合は申請者住所をご記入ください。
- ④出産予定日をご記入ください。
- ⑤被保険者名義（申請者）受取金融機関
被保険者の口座をご記入ください。
・受取金融機関を被保険者以外に委任する場合は、⑥受取代理人の欄に署名が必要です。
・被保険者が亡くなっている場合は申請者の口座をご記入ください。
その際別途書類が必要となりますので、健保へご連絡をお願いします。
- ⑥受取代理の欄
出産予定の医療機関へ記入を依頼してください。

※状況に応じて追加の書類を依頼、または健保より確認の連絡をする場合がございますので、あらかじめご了承ください。

間違えた場合は、二重線で訂正し
余白に正しいものを記入して下さい。
※修正ペン・修正テープ使用不可

(千葉県トラック健康保険組合)

●被保険者の皆様に対する留意事項

1. この申請書による出産育児一時金等の事前申請は、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. この申請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、分娩に関する証明および分娩費用に関する情報の提供を行いますので、予めご了承ください。
3. 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。
4. 予定していた医療機関等以外で出産することとなった場合など、受取代理申請を取り下げる場合は、速やかに「出産育児一時金等受取代理申請取下書」を提出して下さい。
5. 緊急搬送などにより予定していた医療機関等以外で出産することとなった場合であって、新たな医療機関等において受取代理制度を利用する場合など、受取代理人の変更に伴う申請取下げ及び再申請の時間的余裕がない場合は「受取代理人変更届」を記載の上、新たに受取代理人となる医療機関等を通じて組合に提出して下さい。

●医療機関等の皆様に対する留意事項

1. この請求書を健康保険組合で受付した際はその旨連絡致します。
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健康保険組合へ送付して下さい。

●被保険者・医療機関等の皆様に対する留意事項

この申請書による出産育児一時金等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代理額以上である場合
出産育児一時金等の受取額全額を医療機関等へお支払します。
2. 医療機関等の出産に係る請求額が受取代理額未満である場合
請求額として記載されている額を医療機関等へお支払し、その請求額との差額については、被保険者へお支払します。

※その他、ご不明な点等ございましたらご連絡下さい。

千葉県トラック健康保険組合
電話 047-452-6661
担当:業務課