

健康保険 本 家 族 出産育児一時金請求書(受取代理用)

* 被保険者が自ら署名する場合には被保険者の押印は不要です。(修正液等不可)

申請者(被保険者)記入欄	被保険者証の記号番号		記号番号		-		被保険者の氏名と印		㊟		
	生年月日		昭和 平成		年 月 日		フリガナ 〒 -		被保険者の住所 電話番号		
	事業所の名称及び 係名・電話番号		事業所名				フリガナ 〒 -		電話 () -		
			課係名				フリガナ 〒 -		電話 () -		
	出産予定者 (被保険者本人の場合は記入不要)		氏名				生年 月日		昭和 平成 年 月 日		
	出産予定日・数		平成		年 月 日		単・多(胎)				
	出産予定の医療機関等の 名称及び住所・電話番号		名称				フリガナ 〒 -		電話 () -		
			所在地				フリガナ 〒 -		電話 () -		
	申請者又は出産予定者が <u>出産予定日から6か月以内</u> に健康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。										
	申請者本人がヤマハ健康保険組合の被保険者資格喪失後6か月以内に産することによる申請の場合、資格喪失後に加入している保険者名と住所及び保険証の記号・番号						保険者名				
申請者本人の家族が被扶養者認定後、6か月以内に産することによる申請の場合、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と住所及び保険証の記号・番号						保険者名					
						保険者住所					
						記号		番号			
						記号		番号			

受取代理に関する欄	被保険者 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のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額(1児につき上限42万円)の受領に関すること。(但し、産科医療補償制度に加入していない医療機関等で出産した場合は、1児につき上限40万4千円。) 平成 年 月 日									
	甲(被保険者)の住所		〒 -		氏名		㊟			
	乙(代理人)の住所		〒 -		氏名		㊟			
					電話		() -			
	受取代理人に対する支払金融機関の欄									
金融機関名			支店名			名義人名				
						フリガナ				
預金種別			口座番号							
普通・当座										

(備考欄)

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です。
 (マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。)

事業所担当者印	健保受付印

●この申請書の2枚目も一緒に医療機関へご提出下さい。

被保険者証の 記号と番号	-	被保険者氏名	
-----------------	---	--------	--

- 医療機関等の出産に係る請求額が受取委任額(1児につき42万円)未満である場合、42万円との差額を被保険者へお支払いすることになりますので、**在職者の方は下の『委任欄』へご署名・ご捺印下さい。**

退職者及び退職予定の方は『振込依頼書』へご記入下さい。

* 但し、産科医療補償制度に加入していない医療機関等で出産した場合は、1児につき、40万4千円となります。

委 任 欄	本請求書に基づく 給付金の受領を	(事業所名)	Ⓜ	に委任します。
	平成 年 月 日	被保険者氏名	Ⓜ	

→ 退職者及び退職予定の方は、下の振込依頼書に**被保険者名義の口座**をご記入下さい。

振 込 依 頼 書	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	名義人名
			普通・当座		(フリガナ)

被保険者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等の受取代理の申請は、**出産予定日まで2ヶ月以内の方が対象**です。
2. この請求書を提出頂いた場合、出産予定の医療機関等と健保組合の間において、請求書の受付の有無、出産に関する証明、及び出産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. この請求書は、**出産予定の医療機関にて「受取代理に関する欄」を記入頂いた後、**
下記書類を添付して、**会社(事業所)の健康保険取扱い窓口(総務・給与・管理等)へ提出**してください。

添付書類

母子健康手帳の出産予定日と妊婦の氏名が記載されている面のコピー
または、その他の出産予定日と妊婦氏名を証明する書類(原本)

4. 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となった場合は、速やかに健保組合に申し出て下さい。(「出産育児一時金等受取代理申請取下書」を送付させていただきます)

医療機関等の皆様に対する留意事項

1. この請求書を受付た時は、当組合から受付を行った旨連絡いたします。
2. 出産し、出産費用が確定した場合は、**出産費請求報告書、出産費用の請求書の写し及び出産の事実を証明する書類の写し**を当組合へ提出して下さい。
3. 支払いは、**当組合に毎月15日(15日が土日祝日の場合前倒し)までに**出産費請求報告書等の書類が届いた場合に、**翌月25日(25日が土日祝日の場合は前倒し)**となります。
あらかじめご了承ください。