

※支給決定 伺	支給額	円	常務理事	事務長	係長	担当
	出産育児一時金	円	資格取得	昭・平 年 月 日	前資格取得・喪失(-)	
	出産育児付加金	円	資格喪失	平成 年 月 日	年 月 日	年 月 日
			扶養認定	昭・平 年 月 日	取得	喪失
備考						

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書 (受取代理用)

大阪機械工具商健康保険組合理事長殿

◎ 記入するときは、裏面の留意事項をよく読んで誤りのないように入力して下さい。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号	123 - 45		② 事業所 の名称	〇〇〇 株式会社		
	③ 被保険者の 氏名・印	健保 花子			④ 被保険者の 生年月日	昭 <u>和</u> 〇年〇月〇日 平成	
	⑤ 被保険者の 住所・電話番号	〒 550 - 0013 大阪府大阪市西区〇〇町3-7-15		電話 (〇〇) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇			
	⑥ 家族が出産 するとき その者の氏名	氏名		生年月日	昭 <u>和</u> 〇〇年〇〇月〇〇日 平成		
	⑦ 出産予定日・数	〇年〇月〇日		甲・多 (胎)			
	⑧ 出 産 予 定 医 療 機 関 等	名称	〇〇〇〇〇 病院				
		所在地	〇〇市〇〇町〇〇番地				
	⑨ 該当する支給要件はどちらですか(被保険者が出産する場合)	ア 被保険者期間中の出産予定 イ 資格喪失後6ヶ月以内の出産予定 (資格喪失後加入している健康保険を下欄に記入して下さい。)		⑩ 家族があなたの被扶養者になった時期(家族が出産する場合) ア 出産予定の日より6ヶ月以上前 イ その他 (あなたの被扶養者となる前に加入していた健康保険を下欄に記入して下さい。)			
		保 険 者 名		被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	
	⑪ 被保険者 の振込先 金融機関	〇〇	銀行 金庫 組合 農協	〇〇	店 支店 出張所	口座預金種別 普通 貯蓄 当座 別段 預金口座番号 1234567	預金口座名義人の氏名 フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎

受 取 代 理 人 の 欄	<p>申請者(健保 太郎) (以下「甲」という。)は、医療機関等である(〇〇〇〇〇病院) (以下「乙」という。)を代理人と定め、次の権限を委任する。 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。</p> <p>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*の受領に関すること。</p> <p>* 出産育児一時金等の支給額(保険者が出産育児一時金等に係る付加給付を行う場合には、付加相当額を含む)を上限とする。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>甲(被保険者)の住所 〒550-0013 大阪市西区〇〇町3-7-15 氏名 健保 花子 (印)</p> <p>乙(代理人)の住所 〇〇市〇〇町〇〇番地 氏名 〇〇〇〇〇 病院 (印)</p>						
	⑪ 受取代理人 の振込先 金融機関	〇〇	銀行 金庫 組合 農協	〇〇	店 支店 出張所	口座預金種別 普通 貯蓄 当座 別段 預金口座番号 7891011	預金口座名義人の氏名 フリガナ 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇 病院

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 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大阪機械工具商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 ③の欄は、被保険者が自ら記入(自署)する場合には、押印は不要です。

医療機関等の皆様に対する留意事項

- 1 分娩し、分娩費用が確定した場合は、分娩費請求書及び出産証明書類の写しを速やかに大阪機械工具商健康保険組合へ提出してください。この場合、同組合からの受付報告書の送付の際に同封する用紙も記入の上、送付してください。

被保険者・医療機関等の皆様に対する留意事項

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。

- 「産科医療補償制度」に加入する医療機関においては、平成21年1月1日以降に出産（在胎週22週以降のもの）の場合は下記①②③に記載の法定給付額に3万円が含まれているため、該当しない場合等、法定給付額から3万円減額となります。

① 被保険者期間中の出産・・・法定給付42万円 付加給付5万円(計47万円)

(1) 出産費の請求金額が47万円以上である場合

出産育児一時金等の全額を医療機関等へ支払う。

(2) 出産費の請求金額が47万円未満である場合

出産費請求額として記載されている額を医療機関等へ支払い、当該請求額と47万円との差額については、被保険者に支払う。

② 資格喪失後6ヶ月以内の出産・・・法定給付42万円 付加給付なし(計42万円)

(1) 出産費の請求金額が42万円以上である場合

出産育児一時金等の全額を医療機関等へ支払う。

(2) 出産費の請求金額が42万円未満である場合

出産費請求額として記載されている額を医療機関等へ支払い、当該請求額と35万円との差額については、被保険者に支払う。

③ 家族(被扶養者)の出産・・・法定給付42万円 付加給付1万6千円(計43万6千円)

(1) 出産費の請求金額が43万6千円以上である場合

出産育児一時金等の全額を医療機関等へ支払う。

(2) 出産費の請求金額が43万6千円未満である場合

出産費請求額として記載されている額を医療機関等へ支払い、当該請求額と43万6千円との差額については、被保険者に支払う。

※ 以上の内容でわからないことがありましたら、大阪機械工具商健康保険組合へおたずね下さい。

TEL 06-6533-0215