

出産するとき

出産育児一時金請求書(受取代理申請用)

被保険者が出産したときは「出産育児一時金」として、また被扶養者が出産したときは「家族出産育児一時金」として1児ごとに50万円（産科医療補償制度加算対象出産でない場合は48.8万円）が支給されます。通常出産後に申請して受給する出産育児一時金ですが、医療機関などを受取代理人として事前に申請することにより、医療機関等が被保険者等に代わって出産育児一時金を受取ることができます。この制度により被保険者等が医療機関の窓口で出産費用を支払う負担を軽減することができます。（医療機関の同意が必要です）

◆対象者

被保険者（出産費貸付制度を利用する者を除く）であって、出産育児一時金等の支給を受ける見込みがあり、かつ出産予定日まで2ヶ月以内の者又は出産予定日まで2ヶ月以内の被扶養者を有する者

◆手続方法

【 出産育児一時金請求書【受取代理申請用】 】に受取代理人となる医療機関等の記名・押印及びその他の必要事項の記載を受け出産予定日を証明できる書類を添付して（代理人の欄に記入してもらった場合は不要）事前に提出してください。

◆受取代理及び支給方法

分娩後受取代理人である医療機関等から送付される分娩費請求書及び出生証明書類の写しにより支給要件を確認し受取代理人である医療機関等に対し支給します。

- 請求額が50万円（48.8万円）以上である場合
 出産育児一時金の全額50万円（48.8万円）を医療機関等の所定口座へ振り込みます。
 ※ 差額は被保険者が医療機関等に対し支払うこととなります。
- 請求額が50万円（48.8万円）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の所定口座へ支払い、当該請求額と50万円（48.8万円）との差額については被保険者へ支払います。（医療機関等から分娩費請求後になりますので、支給日については個々異なります）

◆記入例

記入もれのないようご注意ください。

- 該当するほうに○印を記入
- 提出する日を記入
- 保険証に記載の番号を記入
- 会社名を記入
- 部屋番号まで正確に記入
- いすゞ自動車(株)勤務・任意継続被保険者・喪失者は記入
 （その他は事業主経由で支給）
 ● 退職後（本人）・認定後（家族）6ヶ月以内に出産予定の場合記入してください。

- 《 被扶養者出産の場合 》
 いすゞ健保に被扶養者として認定されてから、6ヶ月以内の出産の場合には、以前加入していた健康保険等に請求できる場合もありますので、確認します。
- 《 女子被保険者が資格喪失後出産した場合 》
 資格を喪失する日の前日までに1年以上の被保険者期間があり、喪失後6ヶ月以内に出産した場合は、退職後であっても請求できます。ただし、すでに夫の健康保険等に被扶養者として認定されている場合には、夫の健康保険等に家族として申請できる場合もありますので、確認します。

- 重複支給を避けるため、加入保険へ確認をします。
 出産者が記入押印してください。
- いすゞ健保使用欄です。
 空欄のまま提出してください。

◆問い合わせ先

いすゞ自動車健康保険組合

〒252-0806
 神奈川県藤沢市土棚8番地
 0466-42-0711(内線 8791-31)
 業務課 医療給付担当

出産育児一時金支給申請書【受取代理申請用】				交付印
自動車健康保険組合 御中 (被保険者 被扶養者)				
提出年月日	年 月 日			
被保険者名	ケンボ タロウ	生年月日	昭和 2 年 12 月 1 日	記号 番号
健保 太郎				100 123456
本請求書の提出および分娩費請求額との差額の受領を事業主に委任します				
<input checked="" type="checkbox"/> 記載内容について申請者本人が確認しました。 ※ チェックの記載がない場合、受領できませんのでご注意ください。				
資格取得年月日	昭和 30 年 4 月 1 日	資格喪失年月日	令和 年 月 日	事業所名称
				いすゞO×O×O×O×O株式会社
現在が記入するところ	〒 252-8501	TEL		
	神奈川県藤沢市土棚8番地	△△△△△	マンションA-201号室	
出産者名	ケンボ ハナコ	生年月日	昭和 6 年 8 月 1 日	被保険者との続柄
健保 花子				妻
出産予定日・数	令和 5 年 5 月 5 日	単 多 (胎)		
出産する医療施設等の名称・所在地	いすゞ産婦人科クリニック ××県××市O-O-O			
送金先 (差額振込先) ※ いすゞ自動車(株)女子被保険者は記入 その他の場合は事業所経由で支給のため記入不要	銀行 支店 通 口座番号 受取人氏名(カナで記入)			
委任者 (被保険者)	令和 年 月 日 委任者名 (被保険者)			
※ 産科医療補償制度加入医療機関-1甲につき上限50万円 / 未加入医療機関-1甲につき上限48.8万円				
上記出産者 (令和 年 月 日 出産予定) の出産育児一時金の受領に関し委任を受けました。また、上記出産者は出産育児一時金等の医療機関への直接支払制度は利用しません。				
受取代理人の欄	医療機関等に記入してもらってください			
送金先	銀行	支店	口座番号	受取人氏名(カナ)
(注)・事前申請が必要です。提出先は、勤務先の健康保険担当部署です。(健康保険組合に直接提出ではありません)				
● 被保険者の印は、2箇所同一の印を押印してください。				
● 添付書類として、母子健康簿の記載により交付された母子健康手帳の写(出産予定日を証明する書類)が必要です。				
● 受取代理人の欄に証明を受けた場合は不要				
● 本申請書で定めた受取代理人である医療機関等以外で出産となった場合は、速やかに当組合までご連絡願います。				
● 本申請書に「マフン」の記入は不要です。マフンで申請したい場合は、番号欄に記入のうえ、番号および本人確認書類の添付が必要です。				
※ 次の場合には下欄に記入が必要です				
被保険者が記入するところ	● 被扶養者の方が認定年月日(保険証記載)より6ヶ月以内に出産の場合 出産日より半年前に加入していた保険について記載してください			
	● 被保険者だった方の出産で資格喪失後6ヶ月以内に出産の場合 現在加入している保険について記入してください 国民健康保険加入の方は国保(O○市・O○区)とご記入ください			
加入保険組合等の名称および所在地など	所在地	TEL		
	O×O×O×健康保険組合	×△×△×△△1-2-3	00-0000-0000	
記号	番号	加入年月日	喪失年月日	健康保険
△△△	△△△△△	平成 30 年 4 月 1 日	令和 2 年 1 月 1 日	8