

受信No.

被保険者
 家 族

出産育児一時金請求書(受取代理用)

被保険者証	記号					番号				所属またはグループ会社名 (任意継続・特例退職者は記入不要)	
被保険者氏名										部 支社 会社	課 営業オフィス
										資格取得年月日	S・H・R 年 月 日
										資格喪失年月日	H・R 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	出産予定者	生年月日	被保険者との続柄
	出産予定日	昭・平・令 年 月 日	
	令和 年 月 日	出産児の予定数	単胎 ・ 多胎(児)
	該当する支給要件に ○をつける	1. 当組合加入中の出産予定 2. 資格喪失後6ヶ月以内の出産予定 → ※(注3)参照	
上記のとおり申請いたします 併せて給付金の受領を事業主に委任いたします(注4)			
被保険者	住所	〒	令和 年 月 日
		都 道 市 区 府 県 郡	
	氏名		印

上記のとおり 甲(被保険者) は、下記 乙(医療機関) 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の受領に関すること。

受 取 代 理 人 欄	甲(被保険者)から上記の権限を受任いたします	令和 年 月 日			
	乙(代理人)	〒			
	医療機関の名称・所在地 医師・助産師名	電話 ()			
	金融機関 コード	支店 コード	種別 どちらかに○	口座番号	口座名義
	銀行 信金 信託	支店	普通 当座		フリガナ

- (注) 1. 出産者氏名・出産予定日を記載した証明書(診断書・母子手帳のコピー等)を添付してください
 2. 出産に係る医療機関からの請求が1児につき42万円未満*の場合は、差額を被保険者にお支払いしますので被保険者記入欄に記名・押印してください
 *産科医療補償制度対象分娩でない場合は40.8万円
 3. 第一生命健康保険資格喪失後の出産の場合は、申請時に加入している健康保険の種類によって必要書類が異なります
 (1)配偶者の被扶養者である場合…当該健保組合の発行する「(出産育児一時金)不支給証明書」
 (2)国民健康保険に加入している場合…被保険者証のコピー
 4. 受領委任については任意継続者・特例退職者は対象外です
 (健保組合ご登録の保険料振替口座に支給します)
 5. 給付を受ける権利は、出産日の翌日から2年で時効となります

健 保 組 合 処 理 欄	医療機関等				被保険者			資格確認	報告通知	出産年月日	請求書到着日
	円				円						
	常務理事	事務長	担当	検算	支 払	常務理事	事務長	担当	入力者・入力日		