

健保組合 宛

支給決定伺		常務理事	事務長	担当者	担当者
支払額	円 請求額	円			
決定日	年 月 日 法定給付	円			
受理連絡日	年 月 日 備考				

出産育児一時金 事前申請書

健康保険 被保険者証	記号	1	事業所名	大阪本社		
	番号	1234	社員No.	1234-5	被保険者氏名	健保 太郎
出産予定日	平成 20年 8月 5日		出産年月日	年 月 日		
被扶養者による 出産の場合	被扶養者 氏名	健保 花子	続柄	妻	生年月日	昭和50年 5月 5日
入院する医療 機関について	医療機関名					
	所在地と 連絡先					
被保険者の現況	在職・任意継続・退職後6ヶ月以内		退職年月日	年 月 日		
入 欄	下記により医療機関を受取代理人とする「出産育児一時金」を事前申請します。					
	平成 20年 7月 10日		社内便宛先	大阪本社 部		
	提出日を記入して下さい					
	申請者	電話番号(内線 803 -				
		氏名		健保 太郎 ㊟		
	サカティンクス健康保険組合 理事長 殿					

委 任 契 約	甲(被保険者)は、医療機関である乙を代理人と定め、次の権限を委任する。				
	甲が健康保険組合に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(上限は出産育児一時金の法定給付額)の受領に関する事。				
	委任契約日	平成	年	月	日
	甲(被保険者)	住所			
		氏名	㊟		
	乙(医療機関)	住所			
		氏名	㊟		

受取代理人に対する支払金融機関の欄 (郵便局はお取り扱いできません)			
フリガナ		フリガナ	
銀行名		本支店名	
種別	当・普・その他	フリガナ	
口座番号		口座名義人	

1. 健保の担当者より事前に説明を受けてください。
2. 母子健康手帳等、出産予定日を証明する書類を添付してください。
3. 上記契約以外の医療機関で出産することになった場合は早急にご連絡ください。
4. 代理受領契約は法定給付費を上限としますので、自己負担が発生することもあります。

☆ 被保険者・被扶養者に対する留意事項

1. この申請書による出産育児一時金の事前申請は、出産予定日まで1ヶ月以内の方が対象です。
2. この申請により、出産予定の医療機関と健康保険組合の間において、資格の状況、申請の有無、分娩に関する証明及び分娩費用等に関する情報などの相互提供を行います。予めご了承ください。
3. この申請の提出にあたっては次の書類を添付してください。
○ 母子保健法により交付された母子健康手帳または出産予定日を証明する書類
4. 国内の医療機関に限ります。
5. 申請後に委任契約先である医療機関以外で出産することとなった場合は、速やかに健康保険組合に申し出てください。
6. 出生児の名前が決まりましたら「出産育児一時金及び付加金申請書」を提出してください。(委任先の医療機関で分娩した新生児が単体で生産の場合に限り医師の証明は不要です)

☆ 医療機関に対する留意事項

1. この申請を健康保険組合が受理したときは、その旨を文書にて連絡いたします。
2. 分娩し、分娩費用が確定した場合は、分娩費請求書および出生証明書類の写しを健康保険組合に提出してください。

☆ 被保険者・医療機関に対する留意事項

1. この申請による出産育児一時金の支払は次のとおりです。
 - 1) 医療機関からの出産に係る請求額が法定給付額以上である場合
・法定給付額を医療機関へお支払いします。差額は被保険者の自己負担となります。
 - 2) 医療機関からの出産に係る請求額が法定給付額未満である場合
・請求額として記載されている額を医療機関へお支払し、差額は被保険者にお支払します。
2. この申請には委任契約を兼ねていますので、念のため控えをお取りください。(健康保険組合には必ず原本を提出してください)