

※ 支給 支払 決議 書	受付年月日	平成 年 月 日						常務理事	事務長	担当者	
	伺年月日	平成 年 月 日									
	決済年月日	平成 年 月 日									
	支給金額 A+B	百万	拾万	万	千	百	十	円	資格取得年月日	平成 年 月 日	
	内 訳	A 本人支給額							資格喪失年月日	平成 年 月 日	
		B 病院支給額							備 考		
	産科医療補償制度加入有無				有 ・ 無						

フォーラムエンジニアリング健康保険組合 理事長殿

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・出産育児一時金付加金請求書 (受取代理制度用)

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	1 被保険者証 記号・番号	—				2 被保険者氏名	印				
	3 被保険者の 現住所	〒 TEL									
	4 事業所名称					5 資格を取得 した年月日	平成 年 月 日				
	6 分娩予定日	平成 年 月 日				8 分娩予定の医療施設等の名称・所在地					
	7 出生予定児数	単胎・多胎(児)				【名称】					
	9 被扶養者(被扶養者として認定されている家族)が分娩したための請求である場合に記入して下さい。										
	A 被扶養者氏名					B 被扶養者 生年月日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日				
	C 家族が被扶養者として認定されてから6ヶ月以内の分娩ですか。						<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
	D 上記Cで「はい」と答えた場合は、家族が被扶養者として認定される前に加入していた保険について記入して下さい。 ※①から⑤の記入がない場合は受付ができません。										
	① 加入していた健康保険の保険者名・電話番号 ※保険者名とは健康保険組合・全国健康保険協会等のことです。					【保険者名】 TEL					
② 上記①の健康保険被保険者証の記号・番号					【記号】			【番号】			
③ 上記①の被保険者氏名と被保険者との続柄					【被保険者氏名】				【被保険者との続柄】		
④ 上記①の保険加入期間					平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで						
⑤ 家族が勤務していた会社名・電話番号					【会社名】 TEL						
10 振込希望の 金融機関名	銀行・金庫・信組 支店 普通 <i>No</i>										

受 取 代 理 に 関 す る 欄	11 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。 甲が請求する出産育児一時金及び同付加金のうち、乙が甲に対して分娩に関し請求する費用の額 ^{※1,2} の受領に関する事。また、甲は出産育児一時金の医療機関等への直接支払制度は利用しません。 ※1 産科医療補償制度加入医療機関：一児につき上限570,000円(法定420,000円 ^{※3} +付加150,000円) ※2 産科医療補償制度未加入医療機関：一児につき上限554,000円(法定404,000円 ^{※3} +付加150,000円) ※3 資格喪失後の分娩は法定給付のみとなりますので予めご了承ください。 平成 年 月 日 甲(被保険者)の住所 氏名 印 乙(医療機関)の所在地 名称 印 TEL										
	12 受取代理に 対する 金融機関の欄	銀行・金庫・信組 支店 普通 <i>No</i> 口座名義(カタカナで記入)									

※訂正した場合は、必ず訂正印を押印して下さい。

※No.2の留意事項を必ず一読して下さい。

被保険者に対する留意事項

- 1 この請求書による申請は、分娩予定日まで2カ月以内の方が受取代理制度を利用できる場合（下記A～Cのいずれにも該当しない方で①～③のいずれかに該当する方）に限ります。

※A～Cのいずれかに該当した場合は、受取代理制度は利用できません。

- A 分娩予定の医療機関等が直接支払制度を導入している場合
- B 分娩予定の医療機関等が受取代理制度を導入していない場合^{※1}
※1 受取代理制度は厚生労働省に事前に届出を行った医療機関等での利用に限られます。
- C 海外の医療機関等で出産される場合

※A～Cのいずれにも該当せず、①～③のいずれかに該当する場合に利用できます。

- ① 当健康保険組合加入中に分娩される被保険者（任意継続被保険者を含む）
- ② 当健康保険組合加入中に分娩される被扶養者（任意継続被扶養者を含む）
- ③ 資格喪失日の前日まで被保険者期間が継続して1年以上あり、資格喪失後6カ月以内に分娩される方

- 2 この請求書を届出いただいた場合は、分娩予定の医療機関等と当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 この請求書の届出にあたっては、次の書類の写しの添付が必要となります。

※母子健康保険法16条第1項の規定により交付された母子健康手帳その他出産予定日を証明する書類。

医療機関等に対する留意事項

- 1 この請求書を当健康保険組合が受付した場合は、受付を行った旨の連絡及び通知（受付報告書）をいたしますので請求書の受取代理に関する欄 11 に医療機関等の所在地・名称・電話番号を記載して下さい。

- 2 分娩後、分娩費用が確定した場合は、分娩費請求書の写し及び出生証明書の写しを速やかに当健康保険組合に届出して下さい。なお、受付報告書を送付の際に同封する用紙（様式第3号）も記入の上、届出して下さい。

被保険者・医療機関等に対する留意事項

- 1 この請求書による出産育児一時金・同付加金のお支払いは次のとおりです。

- ① 分娩に係る請求額^{※1,2,3}が上限以上の場合は、上限までの請求金額を医療機関等にお支払いします。
- ② 分娩に係る請求額^{※1,2,3}が上限未満の場合は、請求金額を医療機関等へお支払いし、その請求金額と上限額との差額を被保険者にお支払いします。

※1 産科医療補償制度加入医療機関：一児につき上限570,000円（法定420,000円※3+付加150,000円）

※2 産科医療補償制度未加入医療機関：一児につき上限554,000円（法定404,000円※3+付加150,000円）

※3 資格喪失後の分娩は法定給付のみとなりますので予めご了承ください。

- 2 下記に該当した場合は速やかに当健康保険組合に連絡して下さい。

- ① 受取代理人である医療機関以外で分娩をすることとなった場合
- ② 出産育児一時金・同付加金請求書（受取代理制度用）を届出後に資格喪失（扶養削除）となった場合
※資格喪失日の前日まで被保険者期間が継続して1年以上あり、資格喪失後6カ月以内に分娩される方を除く