

※ 受付年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	担当者
同 年 月 日	平成 年 月 日	<b>記入例</b>		
※ 決済年月日	平成 年 月 日			
支給金額	円 千 百 十 元 角 分	資格取得年月日 平成 年 月 日		
※ A+B		<b>健保組合記入欄 (記入不要)</b>		
※ B 病院支給額				
※ 産科医療補償制度加入有無	有・無			

フォーエブリフ ジニアリンク健康保険組合 理事長殿 **被保険者が分娩した場合**  
 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 1 被保険者証 記号・番号	678 - 12345	2 被保険者氏名	健保 桜
3 被保険者の 現住所	〒123-4567 ○○県△△市□□1-1-1 Tel. 01-2345-6789		
4 事業所名称	株式会社 ○ △ □ ☆	5 資格を取得 した年月日	平成 22 年 4 月 1 日
6 分娩予定日	平成 23 年 5 月 10 日	8 分娩予定の医療施設等の名称・所在地	【名称】 ○ △ □ ☆ 病院 【所在地】 東京都千代田区神田○-△-□
7 出生予定児数	単胎・多胎 ( 児 )	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。	
入 記 入 する こと	A 被扶養者氏名 B 被扶養者 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 <b>被保険者が分娩した場合 9の記入不要</b> ① 加入していた健康保険の保険者 (電話番号) 電話番号 ※健康保険者とは健康保険組合・全国健康保険協会 (番号) ② 上記①の健康保険被保険者証の番号・住所 (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) (番号)		
10 振込希望の 金融機関名	○○○ (銀行)・金庫・信組 △△△ 支店 普通 口座 No. 1234567		

**1**  
「被保険者」に○印をして下さい。

**2**  
交付してある健康保険被保険者証から転記して下さい。

受 取 代 理 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 <sup>※1,2</sup> の受領に関すること。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 23 年 4 月 10 日 甲 (被保険者) の住所 ○○県△△市□□1-1-1 氏名 健保 桜 乙 (医療機関) の所在地 東京都千代田区神田○-△-□ 名称 ○ △ □ ☆ 病院 Tel. 03-1010-2020 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 口座 No. 2345678 口座名義 (カタカナで記入) マルサンカクシカクホシビョウウイン
----------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**医療機関等に受取代理制度  
利用の同意を得て下さい。  
(記入・押印をしよう)  
※No.2の留意事項を必ず一読して  
下さい。**

※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**

- 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<sup>※1</sup>
    - C 海外の医療機関等から分娩される場合
  - ※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
- 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、分娩に関する説明及び分娩費用に関する情報の提供を行いますので、あらかじめご了承願います。
- この請求書は、母子健康保険法第16条第1項の規定により交付された母子健康手帳で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です。
  - 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 (受取代理) に関するお問い合わせは、医療機関等の所在地・名称・電話番号を記載して下さい。
  - 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**

- 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<sup>※1,2,3</sup> 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<sup>※1,2,3</sup> 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。
- 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

**【資格喪失後の出産育児一時金の給付】**  
 被保険者の資格を喪失した場合でも、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ヵ月以内の分娩の場合は、出産育児一時金の支給を受けることができます。ただし、資格喪失後に家族の被扶養者となっている場合は、当組合から被保険者として支給を受ける出産育児一時金が資格喪失後に家族の被扶養者として加入した保険者より支給を受ける家族出産育児一時金を選択することになります。(重複して支給を受けることはできません。)

※ 受付年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	担当者
同 年 月 日	平成 年 月 日	<b>記入例</b>		
※ 決済年月日	平成 年 月 日			
支給金額	円 千 百 十 万 千 百 十 円	資格取得年月日 平成 年 月 日		
A: B		資格取得年月日 平成 年 月 日		
<b>健保組合記入欄 (記入不要)</b>				
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 **被扶養者が分娩した場合**  
**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)

1 被保険者証記号・番号	123 - 45678	2 被保険者氏名	健保太郎
3 被保険者の現住所	〒123-4567 ○○県△△市□□1-2-3 コーポ456 Tel. 03-1234-5678		
4 事業所名称	株式会社 ○ △ □ ☆	5 資格を取得した年月日	平成22年 4月 1日
6 分娩予定日	平成23年 5月 10日	8 分娩予定の医療施設等の名称・所在地	【名称】 ○ △ □ ☆ 病院 【所在地】 東京都千代田区神田○-△-□
7 出生予定児数	単胎・多胎(児)	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 健保花子 B 被扶養者 誕生日 平成 47年 10月 20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 checked="" 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】 ●▲健康保険組合 Tel. 55-5555-5555	【記号】 234 【番号】 56789	
② 上記①の健康保険被保険者証の記号・番号	【被保険者氏名】 健保花子 【被保険者との続柄】 本人		
③ 上記①の被保険者氏名と被保険者との続柄	【家族名】 株式会社○△□ Tel. 88-8888-8888		
④ 上記①の保険加入期間	平成21年 1月 1日 から 平成22年 3月 31日 まで		
⑤ 家族が勤務していた会社名・電話番号	【希望の金融機関名】 ○○○○ 銀行・金庫・信組 △△△ 支店 普通 口座 No. 2345678		

**1**  
「家族」に○印をして下さい。

**2**  
交付してある健康保険被保険者証から転記して下さい。

**3**  
9のDに該当した場合は、①～⑤を正確に記入して下さい。

**4**  
被保険者名義の口座を記入して下さい。

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 <sup>※1,2</sup> 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 <sup>※3</sup> +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 <sup>※3</sup> +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23年 4月 10日 甲(被保険者)の住所 ○○県△△市□□1-2-3 コーポ456 氏名 健保太郎	乙(医療機関)の所在地 東京都千代田区神田○-△-□ 名称 ○ △ □ ☆ 病院 Tel. 03-1010-2020
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 口座 No. 2345678 口座名義(カタカナで記入) マルサンカクシカクホシビョウイン

**医療機関等に受取代理制度  
利用の同意を得て下さい。  
(記入・押印をしよう)  
※No.2の留意事項を必ず一読して  
下さい。**

※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<sup>※1</sup>  
※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、分娩に関する説明及び分娩費用に関する情報の提供を行いますので、あらかじめご了承頂きます。

3 この請求書は、母子健康手帳の交付に必要です。  
※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で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送付に際しては、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<sup>※1,2,3</sup>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<sup>※1,2,3</sup>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<sup>※3</sup>+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<sup>※3</sup>+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