

健康保険 被保険者・家族
出産育児一時金等請求書
(事前申請書)

被保険者が出産の場合

取得日	/ /	/ /
喪失日	/ /	郵便 / 宅配

通知日	産科医療保障制度	加入・未加入
押印をお忘れなく!	確認日	/ /

記入例

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記 号 番 号	記 号 12	番 号 3456	① 被 保 険 者 の 氏 名 ・ 生 年 月 日	フリガナ ケンボ ハナコ 健 保 花 子 昭 平 45 年 5 月 30 日生
	被 保 険 者 の 現 住 所	〒000-1111 ××県 ○○市 △△町 1-2-3-401			電話番号 (090) 111 - 1234 ↑ 携帯電話等、連絡のつく番号を記入
	事業所名称及び 事業所所在地	名 称 (株)ワールドストアパートナーズ	所 在 地 神戸市中央区港島中町 6-8-1		
	被扶養者が出産するた ときは、その者の氏名	資格喪失後の出産の場合、記入が必要! (健保・国保・協会けんぽ etc.) 昭・平 年 月 日生			
	資格喪失後に出産予定の場合は、新しい被保 険者証の保険者名及び記号番号	保険者名 ○○健康保険組合		出産予定日 平成 21 年 3 月 4 日	
	または、被扶養者が扶養認定日以降6ヶ月以 内に出産予定の場合は、扶養以前に加入して いた被保険者証の保険者名及び記号番号	記号 789	番号 1234	母子健康手帳のコピー等 予定日を 証明する書類を必ず添付!	
	出産予定の 医療機関等の 名称及び住所	名 称 ○○○産科婦人科医院	所 在 地 〒000-2222 ××県 ○○市 △△町 6-3-4		
② 金融機関名	*金融機関コード: 神戸 銀行・金庫・ゆうちょ その他 ()		*店番コード: 港 島 本店・支店 出張所	③ 口座種別 普通・当座 その他 ()	
口 座 番 号	5 5 5 5 5 5 5		口 座 名 義	フリガナ ケンボ ハナコ 健 保 花 子	

受 取 代 理 に 関 す る 欄	甲 (健保 花子) は、医療機関等である 乙 (○○○産科婦人科医院) 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・付加金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額 (※ 円) の受領に関する。 ※一児につき38万円+付加金額 (※ 円) を上限とする。 (産科医療保障制度未加入の場合は35万円)				
	平成 年 月 日 甲 (被保険者) 住所 ××県 ○○市 △△町 1-2-3-401 氏名 健 保 花 子				
	医療機関等に 記入いただく欄 (代 理 人) 住所 氏名 印				
	受取代理人に対する 支払い金融機関の欄				
	④ 金融機関名	*金融機関コード: 銀行・金庫・ゆうちょ その他 ()		*店番コード: 本店・支店 出張所	⑤ 口座種別 普通・当座 その他 ()
	口 座 番 号			口 座 名 義	フリガナ
	平成 年 月 日提出 受付日付印				

◎記入については、裏面「記入上の注意」をご覧ください。

◎添付書については裏面に掲載してあります。必ずご覧ください。

◎「*」印欄 (金融機関コード・店番コード・付加金額) は保険者が使用する欄です。

【手順】 被保険者が必要事項を記入 → 医療機関等が記入 → 被保険者がこの請求書を健保へ送付 → 健保が医療機関等へ費用等を支払う
(注意: 健保がこの請求書を受付けるのは、出産予定日の1ヶ月前からです)

健康保険 被保険者・家族
出産育児一時金等請求書
(事前申請書)

被扶養者が出産の場合

通知日	産科医療保障制度	加入・未加入
取得日	/ /	/ /
喪失日	/ /	郵便 / 宅配

押印をお忘れなく！

記入例

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号番号	記号 234	番号 56789	① 被保険者の 氏名・生年月日	フリガナ ケンボ タロウ 健 保 太 郎 昭・平 44 年 10 月 1 日生
	被保険者の 現住所	〒000-1111 ××県 ○○市 △△町 3-4-5			電話番号 (090) 1333 - 1234
	事業所名称及び 事業所所在地	名 (株)ワールドストアパートナーズ	所在地	↑ 携帯電話等、連絡のつく番号を記入 神戸市中央区港島中町 6-8-1	
	被扶養者が出産 するための請求である ときは、その者の氏名・生年月日	フリガナ ケンボ アキコ 健 保 明 子 昭・平 50 年 5 月 5 日生			
	資 険者証の保険者名及び記号番号 または、被扶養者が扶養認定日以降6ヶ月以 内に出産予定の場合は、扶養以前に加入して いた被保険者証の保険者名及び記号番号	保険者名 〇〇健康保険組合		出産予定日 平成 21 年 3 月 20 日	
	出産予定の 医療機関等の 名称及び住所	名 〇〇〇産科婦人科医院	所 在 〒000-2222 ××県 ○○市 △△町 6-3-4	電話番号 (055) 222 - 3456	
	② 金融機関名	被保険者名義の 口座を記入		被保険者に対する 支払い金融機関の欄	
	金融機関コード	*店番コード		③ 口座種別	普通・当座 その他 ()
口座番号	5 5 5 5 5 5 5		口座名義	フリガナ ケンボ タロウ 健 保 太 郎	

受 取 代 理 に 関 す る 欄	甲 (健 保 太 郎) は、医療機関等である 乙 (〇〇〇産科婦人科医院) 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・付加金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額 (※ 円) の受領に関する。 ※一児につき38万円+付加金額 (※ 円) を上限とする。 (産科医療保障制度未加入の場合は35万円)				
	平成 年 月 日		甲 (被保険者) 住所 ××県 ○○市 △△町 3-4-5		
	氏名		健 保 太 郎		
	医療機関等に 記入いただく欄				
	(代 理 人) 住所				
	氏名				
	受取代理人に対する 支払い金融機関の欄				
	④ 金融機関名	*金融機関コード		*店番コード	⑤ 口座種別
口座番号	銀行・金庫・ゆうちょ その他 ()		本店・支店 出張所		
口座名義		フリガナ ケンボ タロウ 健 保 太 郎			

◎記入については、裏面「記入上の注意」をご覧ください。

◎添付書については裏面に掲載してあります。必ずご覧ください。

◎「*」印欄 (金融機関コード・店番コード・付加金額) は保険者が使用する欄です。

平成 年 月 日提出

受付日付印

【手順】 被保険者が必要事項を記入 → 医療機関等が記入 → 被保険者がこの請求書を健保へ送付 → 健保が医療機関等へ費用等を支払う
(注意: 健保がこの請求書を受付けるのは、出産予定日の1ヶ月前からです)

健康保険 被保険者・家族
出産育児一時金等請求書
(事前申請書)

資 格 確 認		病院への通知日	産科医療保障制度	加入・未加入	
取得日	/ /	/ /	支払額	円	
喪失日	/ /	郵便 / 宅配	確認日	/ /	

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記 号 番 号	記 号	番 号	① 被 保 険 者 の 氏 名 ・ 生 年 月 日	フリガナ
	被 保 険 者 の 現 住 所	〒 ー 電話番号 () ー			
	事業所名称及び 事業所所在地	名 称		所 在 地	
	被扶養者が出産するための請求である ときは、その者の氏名・生年月日	フリガナ			
	資格喪失後に出産予定の場合は、新しい被保 険者章の保険者名及び記号番号 または、被扶養者が扶養認定日以降6ヶ月以 内に出産予定の場合は、扶養以前に加入して いた被保険者証の保険者名及び記号番号	保 険 者 名		出 産 予 定 日	
		記 号	番 号	平成 年 月 日	
		母子健康手帳のコード等 予定日を証明する書類を必ず添付			
	出 産 予 定 の 医 療 機 関 等 の 名 称 及 び 住 所	名 称		所 在 地	
		〒 ー 電話番号 () ー			
		被保険者に対する 支払い金融機関の欄			
② 金融機関名	*金融機関コード [※] ：		*店番コード [※] ：		③ 口座種別
	銀行・金庫・ゆうちょ その他 ()		本店・支店 出張所		普通 ・ 当座 その他 ()
口 座 番 号			口 座 名 義	フリガナ	

受 取 代 理 に 関 す る 欄	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・付加金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額 (※ 円) の受領に関すること。 ※一児につき38万円+付加金額 (※ 円) を上限とする。 (産科医療保障制度未加入の場合は35万円)				
	平成 年 月 日				
	甲 (被保険者) 住所				
	氏 名				
	乙 (代 理 人) 住所				
	氏 名				
	受取代理人に対する 支払い金融機関の欄				
④ 金融機関名	*金融機関コード [※] ：		*店番コード [※] ：		⑤ 口座種別
	銀行・金庫・ゆうちょ その他 ()		本店・支店 出張所		普通 ・ 当座 その他 ()
口 座 番 号			口 座 名 義	フリガナ	

平成 年 月 日提出

◎記入については、裏面「記入上の注意」をご覧ください。

◎添付書については裏面に掲載してあります。必ずご覧ください。

◎「*」印欄（金融機関コード・店番コード・付加金額）は保険者が使用する欄です。

受付日付印

被保険者の皆様に対する留意事項

1. この請求書による出産育児一時金等の請求書による事前申請は、出産予定日まで1ヶ月以内であることとなっております。
2. この請求書を提出いただいた場合、出産予定の医療機関等と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. 表題の「被保険者」「家族」の文字は、いずれか該当するほうをマル（○）で囲んでください。
4. この請求書の提出に当たっては、次の書類を提示するか、またはその写しを添付してください。
・母子保健法第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
5. ①の欄は、被保険者が自ら記入（自署）している場合に限り押印を省略して構いません。
なお、被保険者以外の方が記入した場合は押印を省略することはできません。
6. ②及び③の欄は該当する項目を（○）で囲んでください。③の欄の「その他」を囲んだ場合は、「（ ）」欄に口座種別を記入してください。
7. 海外の医療機関で分娩される場合は、この申請書による事前申請はご利用いただけません。
8. 申請後に受取代理人である医療機関等で出産することになった場合は、速やかに健康保険組合に申し出てください。

医療機関等の皆様に対する留意事項

1. この請求書を受け付けたときは、健康保険組合から受付を行った旨、連絡いたします。
2. 分娩し、分娩費用が確定した場合は、分娩費請求書及び出生証明書類の写しを速やかに健康保険組合へ提出してください。
3. ④および⑤の欄は該当する項目を（○）で囲んでください。⑤の欄の「その他」を囲んだ場合は、「（ ）」欄に口座種別を記入してください。

被保険者・医療機関等の皆様に対する留意事項

1. この請求書による出産育児一時金等の支払いは、次のとおりです。
 - (1) 医療機関等の出産に係る請求額が受取委任額以上である場合
・出産育児一時金等の委任額全額を医療機関等へお支払いします。
 - (2) 医療機関等の出産に係る請求額が受取委任額未満である場合
・請求額として記載されている額を医療機関等へお支払いし、その請求額との差額については、被保険者へお支払いします。