

健康 保険 組 合 記 入 欄	受 付	決 裁	支 払	常務理事	事務長	会 計	課 長	担 当	健保No
	取得年月日	喪失年月日		出産予定日					
	支給決議	単胎児の場合	円	医療機関支払額	円	出 産 予 定 数			
		多胎児の場合	円	事業所委任払額	円	単胎・多胎 (児)			

健康保険 ① 該当に○を
 被保険者
 被扶養者

※この請求書は、出産予定日まで2ヶ月以内の方対象です。
出産育児一時金等請求書(受取代理用)

平成 年 月 日提出

被 保 険 者 記 入 欄	② 記号	③ 番号	④ 氏名	⑤ 生年月日	
	⑥ 事業所名	TEL	⑦ 事業所コード	-	
	⑧ 出産予定日	平成 年 月 日	⑨ 出産児の予定数	単胎・多胎()	
	⑩ 当健保資格喪失後6ヶ月以内に出産する場合、現在加入している健康保険について ※1				
	健保等の名称		被保険者氏名		記号・番号
	⑪ 被扶養者が出産する場合				
	氏名	(フリガナ)	続柄	生年月日	
	当健保加入6ヶ月以内の出産で、且つ以前 被保険者 として加入していた場合の健康保険について ※2				
	健保等の名称		記号・番号	加入時氏名	加入期間
					昭和 年 月 日 平成 年 月 日
⑫ 退職後の方の振込先記入欄 (任意継続の方は記入不要)					
銀行		支店	フリガナ		
口座番号	預金種目		口座名義		
	普通預金		(被保険者名)		

受 取 代 理 人 の 欄	甲(被保険者:申請者)は医療機関等である乙(代理人)と定め、次の権限を委任します。又、甲は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。 ※一児につき39万円を上限とする。産科医療制度に加入する医療機関等において出産した場合は一児につき上限42万円とする。			
	⑬ 甲(被保険者)の住所〒	平成 年 月 日		
	氏名	⑭		
	⑮ 乙(代理人)の住所〒	医療機関名		
	氏名	⑯		
	電話	()		
受取代理人に対する支払金融機関の欄				産科医療保障制度: 加入・未加入
銀行		支店	口座名義(フリガナ)	
預金種別	1普通 2当座 3別段 4その他	口座番号		

委 任 状	この請求に係る、出産育児一時金の差額の受領を下記代理人に委任致します。			
	⑰ 被保険者記入欄	平成 年 月 日	⑱ 事業主代理人記入欄	平成 年 月 日
	被保険者氏名 請求者			
	電話番号	⑲		⑳

※1 現在加入している健保組合等の不支給証明書を添付(国保加入の場合は保険証の写しを添付) ヤマトグループ健康保険組合
 資格喪失後に氏名変更された方は氏名変更したことがわかる公的書類(結婚受理証明等)を添付 2011年4月1日

※2 加入期間が1年以上の方は健保組合等の不支給証明書をしない証明を添付(国保加入の場合は除く)

健康 保険 組 合 記 入 欄	受 付	決 裁	支 払	常務理事	事務長	会 計	課 長	担 当	健保No
	取得年月日		喪失年月日		出産予定日				
	支給決議	単胎児の場合	円	医療機関支払額	円	出 産 予 定 数			
		多胎児の場合	円	事業所委任払額	円	単胎・多胎 () 児)			

健康保険 ① 該当に○を
 被保険者
 被扶養者
 保険証参照
 シヤチハタ不可
 ※この請求書は、出産予定日まで2ヶ月以内の方対象です。
出産育児一時金等請求書(受取代理用)
 平成××年××月××日提出

被 保 険 者 記 入 欄	② 記号	△△	③ 番号	123456	④ 氏名	健保 太郎	⑤ 生年月日	S・××・××
	⑥ 事業所名	〇〇〇営業所		TEL	×××-××××		⑦ 事業所コード	×××-×××
	⑧ 出産予定日	平成××年××月××日		⑨ 出産児の予定数	単胎・多胎()			
	⑩ 当健保資格喪失後6ヶ月以内に出産する場合、現在加入している健康保険について ※1							
	健保等の名称		被保険者氏名			記号・番号		
	⑪ 被扶養者が出産する場合							
	氏名	(フリガナ) ケンホハナコ 健保 花子	続柄	妻		生年月日	S・××・××	
	当健保加入6ヶ月以内の出産で、且つ以前被保険者として加入していた場合の健康保険について ※2							
	健保等の名称		記号・番号	加入時氏名		加入期間		
	〇〇〇健康保険組合		△△-8787	健保 花子		昭和××年××月××日 平成××年××月××日 ～平成××年××月××日		
⑫ 退職後の方の振込先記入欄 (任意継続の方は記入不要)								
銀行		支店	フリガナ					
口座番号		預金種目	口座名義					
		普通預金	(被保険者名)					

受 取 代 理 人 の 欄	甲(被保険者:申請者)は医療機関等である乙(代理人)と定め、次の権限を委任します。又、甲は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(※)の受領に関する事。 ※一児につき39万円を上限とする。産科医療制度に加入する医療機関等において出産した場合は一児につき上限42万円とする。								
	⑬ 甲(被保険者)の住所	×××-×××:〇〇県〇〇市〇〇×丁目××番××号						氏名	健保 太郎
	⑭ 乙(代理人)の住所	×××-×××:〇〇県〇〇市〇〇×丁目××番××号						医療機関名	〇〇 病院
								氏名	中村 幸太郎
	受取代理人に対する電話 ××(××××) ×××× 産科医療保障制度: 加入・未加入								
〇〇〇 銀行		〇〇〇 支店	口座名義(フリガナ) 〇〇病院 マルマルビョウイン						
預金種別 1普通		2当座 3別段 4その他	口座番号 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1						

委 任 状	この請求に係る、出産育児一時金の差額の受領を下記代理人に委任致します。							
	⑮ 被保険者記入欄	平成××年××月××日			⑯ 事業主代理人記入欄	平成××年××月××日		
	被保険者氏名	健保 太郎			〒×××-××××	東京都中央区銀座×-×-× ヤマト運輸株式会社		
請求者	健保 太郎			事業主代理人	人事総務部長			
電話番号	××(××××) ××××							

※1 現在加入している健保組合等の不支給証明書を添付(国保加入の場合は保険証の写しを添付) ヤマトグループ健康保険組合
 資格喪失後に氏名変更された方は氏名変更したことがわかる公的書類(結婚受理証明等)を添付 2011年4月1日
 ※2 加入期間が1年以上の方は健保組合等の不支給証明書をしない証明を添付(国保加入の場合は除く)

出産育児一時金等支給請求書(受取代理用)の手引き

※ 本人が出産予定の病院等より受取代理制度の同意を得る。

◆ 留意事項

この出産育児一時金の申請による事前申請は、出産予定日まで2ヶ月以内である事が条件です。

この申請書を提出された場合は出産予定の医療機関とヤマトグループ健康保険組合との間において下記の事項につき、情報交換、または提供がある事を承認されたものとして取り扱いたします。

- (1) 事前申請書の受付の有無
- (2) 出産に関する証明
- (3) 出産費用に関する情報
- (4) その他の出産育児一時金に関する情報

◆ いつまでに

出産予定日まで2ヶ月以内になりましたら速やかに申請して下さい。

◆ どこへ

各主管支店、関連会社の人事総務課を通じて健康保険組合へ提出して下さい。

◆ 確認事項

〈ヤマトグループ健保から脱退した人〉

(1) 被保険者(女子)が当健保組合資格喪失後の出産の場合

- ① 資格喪失前に1年以上の継続加入期間があるか
- ② 資格喪失後の6ヶ月以内の分娩か
- ③ 現在加入している健保の『支給をしない証明』の添付が必要(国保加入の場合は保険証のコピー)

〈ヤマトグループ健保に加入した人〉

(2) 被扶養者の方が当健保組合に認定された日から6ヶ月以内の出産の場合

- ① 前職の健康保険に被保険者として1年以上の加入期間があるか
- ② 前健保に1年以上の加入期間があれば前健保にも請求できるため、前健保の『支給をしない証明』の添付が必要(国民健康保険は除く)

◆ 請求書記入上の注意 ※④・⑬・⑮の欄は、被保険者が署名をし、同じ印鑑を押印(シャチハタ不可)する。

(本人記入欄)

- ① いずれか該当に○をし、書類提出日も記入
- ② 記号
- ③ 番号 } 保険証を参照
- ④ 被保険者氏名(印を忘れずに)
- ⑤ " 生年月日
- ⑥ 事業所名(現在の勤務先) TEL番号
- ⑦ 事業所コード
- ⑧ 出産予定日
- ⑨ 該当に○をつけ多児の場合は人数を記入
- ⑩ 被保険者であった人が資格喪失後に出産した場合に記入(現在加入の健康保険名称・被保険者名・保険証の記号番号)
- ⑪ 被扶養者が出産する場合に記入
出産する人の(氏名・続柄・生年月日)記入
当健保加入6ヶ月以内の出産で、前健保で被保険者の人のみ(健保名称・記号番号・加入時氏名・加入期間)記入
- (退職者の場合)
- ⑫ 退職後の方は、振込み先の記入(振込銀行、支店、口座番号、口座名義、フリガナ)
(受領委任)
- ⑬ 受取代理人の欄は、被保険者(甲)ならびに医療機関(乙)の連名にて出産育児一時金につき、受領委任しますので必要項目全てについて記入して下さい。
- ⑭ (代理人である医療機関(乙)への支払金融機関も忘れずに記入)
(委任状)
- ⑮ 出産育児一時金の差額受領を事業主に委任する欄(被保険者記入・押印)
- ⑯ 出産育児一時金の差額受領を事業主に委任する欄(事業主代理人記入・押印)

◆ 支給条件と金額

妊娠4ヶ月(13週)(85日)以上の分娩であれば生産、死産、流産にかかわらず支給する。

産科医療補償制度に加入の医療機関等で(在胎週数22週以降)出産をした場合は一児につき上限42万円とする。

出産費用が42万円を超えた場合は、超過分が自己負担となり、下回った場合は差額分を被保険者に支給する。

※ 産科医療補償制度に未加入の医療機関等での出産は一児につき上限39万円とする。

◆ 問い合わせ先

ヤマトグループ健康保険組合 出産育児一時金担当宛:03-3543-4271(電話)