

健康保険 **被保険者
被扶養者** 出産育児一時金請求書(受取代理申請用)

常務理事	事務長	係	伺年月日	No.	右のとおり支給してよろしいか	支給額	
						420,000円	
被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号				生年月日		
	(記号) ○○○ (番号) ○○○○		昭和・平成		○○年○○月○○日生		
	被保険者(請求者)の氏名	(フリガナ)	ケンボ タロウ	事業所の名称	株式会社○○		
			健保 太郎		所在地	○○県○○市○○町3-3	
	被保険者(請求者)の住所	(フリガナ)	○○ケン○○シ○○マチ1-1				
			○○県○○市○○町1-1				
	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		
		健保 花子			昭和 平成 ○○年○○月○○日生		
	入院する医療機関の	名称 ○○病院					
		所在地 ○○県○○市○○町2					
被保険者に対する支払金融機関の欄							
金融機関名		支店名	預金種別	口座番号			
○○		○○	1. 普通 2. 当座	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○			
受取代理人の欄	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。 甲は、出産育児一時金等の医療機関等への「直接支払制度」は利用いたしません。 甲が請求する出産育児一時金等のうち、乙が甲に対して出産に関して請求する費用の額(*)の受領に関する事。 (*) 出産育児一時金等の支給額を上限とする。						
	平成 年 月 日						
	甲(被保険者)の住所			氏名			
				印			
	乙(代理人)の住所			氏名			
			印				
受取代理人に対する支払金融機関の欄							
金融機関名		支店名	預金種別	口座番号			
			1. 普通 2. 当座				
口座名義人(カタカナ)							

上記の申請及び支給は、事業所庶務担当者()を經由して行なわれることに同意し、その受領を委任します。(但し、支給に関しては直接給料に振込まれる場合もあります。)

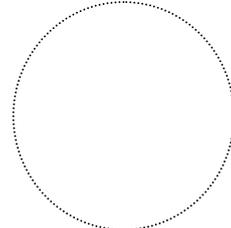
被保険者氏名 **健保 太郎**



京阪電気鉄道健康保険組合理事長 殿

- ※ 記入に当たっては裏面「記入上の注意」をご覧ください。
- ※ 添付書類については裏面に掲載してあります。必ず添付して下さい。

健保受付印



係

京阪電気鉄道健康保険組合

記入上の注意

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の請求書による申請は、出産予定日まで2ヵ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ないますのであらかじめご了承ください。
3. 標題の「被保険者」「被扶養者」の文字は、いずれか該当する方をマル(○)で囲んでください。
4. この請求書の提出に当たっては、母子健康手帳など出産予定日を証明する書類(写し可)を添付してください。
5. この申請書を提出後、受取代理人以外の医療機関で出産された場合は、速やかに健康保険組合に届出て下さい。
6. 海外の医療機関等で分娩される場合は、この請求書による事前申請は利用できません。

医療機関等の皆様に対する留意事項

1. この請求書を受付けたときは、健康保険組合から受付を行なった旨連絡いたします。
2. 被保険者等からこの申請書の提出があり、受取代理を了承される場合は、受取代理人の欄に記名・捺印をして被保険者等に返却して下さい。
3. 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。この場合、健康保険組合から受取代理請求書の受付報告書を送付する際、同封する用紙も記入の上、送付下さい。

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42万円(産科医療補償制度未加入は39万円)以上である場合
・出産育児一時金等の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42万円(産科医療補償制度未加入は39万円)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(事業主経由での支給を委任している場合は事業主)へお支払いします。

お問い合わせは
〒540-6591

大阪府中央区大手前1丁目7番31号
京阪電気鉄道健康保険組合
TEL 06-6944-2540