

- 【必要書類】
①当申請書
②母子手帳（写）または医師の証明 ※予定日が2ヵ月以内とわかるもの

※留意事項については、裏面に記載していますので、必ずお読みください。

常務理事	事務長	担当者	担当者

健康保険 被保険者家族 出産育児一時金・付加金支給申請書(受取代理用)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証等の 記号番号	記号		番号		生年月日	昭和 平成		年		月		日	
	被保険者 氏名	フリガナ			被保険者 住 所	〒								
						電話 ()								
	被扶養者の 分娩である 場合はその 者の氏名	フリガナ			被保険者と 分娩した者 の 続 柄		被扶養者で ある場合は 分娩した者 の生年月日	昭和 平成		年		月		日
	※被扶養者認定日後6ヶ月以内の出産予定であるときは以前に加入していた保険者等について、 資格喪失後6ヶ月以内の申請であるときは、今現在加入している保険者等について下記をご記入ください													
	保 険 者 名	協会けんぽ () 支部			電話番号									
		国民健康保険 () 市区町村名			記号		番号							
		健康保険 () 健康保険組合			資格取得日		年 月 日		資格喪失日		年 月 日			
	入 院 す る 医 療 機 関	名 称					出 産 予 定 日	令 和		年		月		日
所在地						電話 ()								
備 考				被保険者証等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)										
振込先金融機関														
銀 行 金庫・信組 農協・漁協			本店	普通	支店 番号				口座番号 (右づめ)					
			支店	当座										
口 座 名 義 人	(フリガナ)													
	※被保険者名義の口座に限ります。また、被保険者証等の氏名と金融機関の口座名義が同一でないと給付金の振込はできません。													

受 取 代 理 人 が 記 入 す る と こ ろ (一 部 被 保 険 者 の 記 入 欄 あり)	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。 また、甲は出産育児一時金等の医療機関等への直接支払い制度は利用しません。 ・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請求する額(※)の受領に関すること。 ※出産育児一時金等の支給額(保険者が出産育児一時金等に係る付加給付を行う場合には、付加相当額を含む) を上限とする。														
	年 月 日														
	甲(被保険者)		住 所		〒										
			氏 名												
	乙(代 理 人)		所在地		〒										
			名 称												
			電 話												
	代理人の支払金融機関														
	銀 行 金庫・信組 農協・漁協			本店	普通	支店 番号				口座番号 (右づめ)					
				支店	当座										
口 座 名 義 人	(フリガナ)														

【提出先】
〒550-0002
大阪府大阪市西区江戸堀一丁目6番10号 肥後橋渡辺ビル6階
パルグループ健康保険組合(給付係)宛

年 月 日提出
受付日付印

1. この請求書による「受取代理制度」は、被保険者等の方が医療機関等を受取代理人として、出産育児一時金等を事前に申請し、医療機関等が被保険者等に対して請求する出産費用の額（当該請求額が出産育児一時金等として支給される額を上回るときは、当該支給される額）を限度として、医療機関等が被保険者等に代わって出産育児一時金等を受け取る制度です。
2. この請求書を申請できる対象者は、被保険者又はその被扶養者が出産予定日まで2ヶ月以内の方になります。ただし、医療機関等によっては、この「受取代理制度」を利用できない場合がありますので、予めご了承ください。（厚生労働省より認可を受けた医療機関等が対象となります。）
3. この請求書の提出にあたっては、必要事項を記入のうえ、次の書類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
（ご両親のお名前が記載されているページ及び出産予定日が記載されているページの写し）
 - ・ その他出産予定日を証明する書類
4. 受取代理人である医療機関等以外で出産することになった場合や受取代理人申請を取り下げる場合は、速やかに当組合へご連絡願います。
5. 被保険者本人の出産育児一時金と家族出産育児一時金は重複して請求することができません。従って、両方の請求資格があっても併給されませんので、どちらかを選択して請求することになります。なお、この場合、当組合分を選択して請求されるときは、非選択の保険者が支給しない旨の証明書等が必要となります。
6. この請求書の支給決定等において、当該医療機関等と当組合の間で、請求書の受付の有無・出産及び出産費用に関する情報の提供を行いますので、予めご了承ください。

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、受取代理人の欄に住所、名称、電話番号、振込先金融機関名等、必要事項を記入してください。なお、当組合にてこの請求書を受け付け後、貴医療機関等に対して、受取代理申請受付通知書及び出産費用請求報告書を送付します。
2. 出産し、出産費用が確定した場合は、出産費用請求報告書に出産費用の請求書の写し及び出産の事実を証明する書類の写しを添付のうえ、速やかに当組合へ提出してください。なお、加算対象出産の場合には、所定の印が押印された出産費用の請求書の写しを添付してください。

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お支払いは、次のとおりになります。
 - (1) 出産に係る費用の請求額が52万円（※付加金含む支給額）以上である場合。
 - ・ 出産育児一時金等の全額（52万円）を医療機関等にお支払いします。
 - ・ 52万円超である場合は、52万円との差額は、被保険者等の方が医療機関等に支払うことになります。
 - (2) 出産に係る費用の請求額が52万円未満の場合
 - ・ 請求額として記載されている額を医療機関等に支払い、当該請求額と52万円の差額については、被保険者等の方に支払うことになります。
 - (3) 二児以上の出産の場合は、一児につき52万円として、上記（1）、（2）の留意事項を読み替えてください。（例えば、双子の場合、（1）の52万円以上は104万円以上、（2）の52万円未満は104万円未満になります。）

※付加金については、一児につき2万円の支給となりますが、出産時に被保険者、被扶養者の資格がある方が支給対象となりますので、対象外の場合は、上記金額より2万円減額した額になります。
- (4) 振込先はゆうちょ銀行以外の金融機関に限ります。

この件に関するお問い合わせはパルグループ健康保険組合 給付係（TEL06-6459-1685）まで