

※ 支給 決議書	同 年 月 日	令和 年 月 日	決 裁	常務理事	事務長	記入例
	支 払 年 月 日	令和 年 月 日				
	支 給 額					
	法定	款 項 目	資 格	得 喪	年 月 日	療 養
	付加				年 月 日	

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金支給申請書(事前申請用)

被保険者証の記号・番号(左詰め)	⑦ 生 年 月 日	被扶養者番号	給付記録番号	受取代理人	受付年月日
4 3 2 1 5 9 7 8 9 0 0	昭 平 令 4 7 0 9 0 8			0:無 1:有	
④被保険者の(申請者)氏名	(フリガナ) ケンポ (フリガナ) タロウ	事業所の名称	(会社名)		
(氏) 健保 (名) 太郎		所在地	(会社の住所)		
被保険者の(申請者)住所	郵便番号 1 0 0 - 0 0 0 0 (フリガナ) トウキョウトチュウオウクマルマル	電話番号	03-xxxx-xxxx 住所 東京都中央区〇〇1-1 △△マンション101		
被扶養者が出産したための申請であるときは、その者の	氏名 健保 花子	生年月日	昭 平 令 6 1 年 9 月 1 8 日 生		
出産予定日	令和 0 2 年 0 8 月 0 1 日				
入院する医療機関	名称 (病院名)	所在地 (病院等の住所)	被保険者と出生児の続柄	長男	
法第3条第2項被保険者として支給を受けた場合はその額(調整減額)	円	調整減額コード	海外表示	特別支給コード	備考
資格喪失後、家族の被扶養者となったときはその被保険者証の	保険者名				
被扶養者が被保険者であった場合は、その当時の被保険者証の	記号及び番号				
確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。				
<input checked="" type="checkbox"/>	①申請者本人(被保険者)が作成したものである。				
	②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。				

◎記入の方法は記入例がありますからよく読んでください。
◎「※」印欄は記入しないでください。
◎添付書類等については記入例に掲載してあります。必ずご覧ください。

甲の支払金融機関	支 払 区 分	1:銀行振込 2:事業所経由	預 金 種 別	振 込 金 種 別	振 込 銀 行
			普 通		
受取代理人の欄	甲の住所(被保険者)氏名	乙の住所(代理人)氏名	【訂正方法】 ●訂正の際は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者(または事業主担当者や証明者)の氏名(サイン)を記入してください。 例：あいうえお かきくけこ(健保太郎)		
	支 払 区 分	1:銀行振込 2:事業所経由	預 金 種 別	振 込 金 種 別	振 込 銀 行
	口 座 番 号		普 通		
	口 座 名 義				

お勤め中の方は、事業所経由になります。
任継の方は、被保険者名義の銀行口座を記入して下さい。

【訂正方法】
●訂正の際は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者(または事業主担当者や証明者)の氏名(サイン)を記入してください。
例：あいうえお かきくけこ(健保太郎)

令和 年 月 日 提出

社会保険労務士の提出代行者名

受付印

被保険者の皆様に対する留意事項

1. この出産育児一時金の申請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. この申請書を提出いただいた場合、出産予定の医療機関等と社会保険事務所等の間において、申請書の受付の有無、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。標題の「被保険者」「家族」の文字は、いずれか該当する方をマル(○)で囲んでください。
3. ㊦の欄は、該当する番号をマル(○)で囲んでください。
4. ㊧の欄は、押印は不要です。**※押印に変わる重要事項として、必ず確認欄に☑をお願いします。**
5. この申請書の提出に当たっては、次の書類を提示するか、又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
6. 字句を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者(または事業主担当者や証明者)の氏名(サイン)を記入してください。
7. 給付決定に際して、当健保組合より内容確認の連絡をさせていただくこともございます。

医療機関等の皆様に対する留意事項

1. この申請書を受け付けた時は、社会保険事務所等から受付を行った旨連絡しますので、住所・名称・電話番号を記載してください。
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産証明書類の写しを速やかに社会保険事務所へ提出してください。この場合、申請書を受け付け後、社会保険事務所から報告書の送付の際同封する用紙も記入の上、送付してください。

被保険者・医療機関等の皆様に対する留意事項

1. この申請書による出産育児一時金の支払は、次のとおりです。
 - (1)医療機関等の出産に係る請求額が40.8万円以上である場合
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40.8万円未満である場合
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40.8万円との差額については、被保険者へお支払いします。

※「産科医療補償制度」に加入している病院などで分娩した等の場合は、(1)(2)ともに40.8万円が42万円となります

支払金融機関の欄・受取代理人の欄に対する留意事項

1. 支払区分の欄は、該当する番号をマル(○)で囲んでください。

支払区分	内 容
1 銀行振込	給付が決定した場合、指定の銀行の口座へ振込みます。
2 事業所経由	原則被保険者本人の在籍している事業所にまとめて送金しますので、事業所担当者より受取ってください。

2. 給付金の受け取りを他人に委任するときは、受取代理人の欄に必要事項を記入してください。また、支払金融機関の欄に受取代理人名義の口座を記入してください。