

K-039

P

(P

)

日立健康保険組合 御中

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)

※太枠線内を記入してください (記入要領等は、別紙「記入例」をご参照ください)

被保険者の記入するところ	提出日	令和 年 月 日	備考					
	被保険者証 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名	(フリガナ)			
	被保険者の 住所	〒 (TEL :)		被保険者 生年月日	昭和 平成	年 月 日		
	被保険者の 勤務する事業所の名称			所属・電話	(TEL :)			
	被扶養者が 出産する場合 その者の氏名		被保険者 との続柄	被扶養者 生年月日	昭和 平成	年 月 日		
	出産予定日	令和 年 月 日	出生予定児数	単胎 多胎 (児)	出産費資金 貸付の有無	有 無		
出産予定 医療機関	名称							
	所在地	〒 (TEL :)						
給付金振込先	本請求に基づく給付金が下記受取代理の医療機関等(乙)の請求額を超える場合、その金額を貴殿に支給します。 給付金を給与にて支給されている方のみ給付金振込先を記入してください。(振込先は被保険者の口座に限る。)							
	金融 機関名	(金融機関コード)	店名	(店コード)	預金 種別	普通 当座	口座 番号	

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、出産育児一時金の医療機関等への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(1児につき上限42万円)の受領に関すること。
(産科医療補償制度未加入の医療機関等で出産する場合は上記上限額40万8千円 (令和3年12月31日までの出産は40万4千円) とする)
令和 年 月 日
甲 (被保険者) 住 所 〒
氏 名
乙 (代理人) 住 所 〒
医療機関名
代表者氏名 医療機関コード : _____

受取代理人 (医療機関等) の振込先

金融 機関名	(金融機関コード)	店名	(店コード)	預金 種別	普通 当座	口座 番号	
口座 名義	(フリガナ)						

[添付書類]

・ 母子健康手帳 (出産予定日と出産者氏名が確認できるページ) の写しまたは
出産予定日を証明する書類

[注意事項]

・ 本受取代理申請をされた方は出産育児一時金請求書(健保指定帳票K-033)による請求
はできません。
・ 日立健保の被保険者であった方が資格喪失後6ヵ月以内に出産した場合、または
被扶養者資格認定後6ヵ月以内に出産した場合は、「健康保険加入状況調査書
(出産育児一時金申請用)」(健保指定帳票K-054)を日立健保に提出してください。

受付日付印

支給決定伺

支給決定額			常務理事	事務長	主任	担当
	円					
支給額内訳	医療機関	円	分娩費請求書	円		
	被保険者	円	出産日	令和 年 月 日		
同年月日	令和 年 月 日	資格取得日	年 月 日			
決裁年月日	令和 年 月 日	資格喪失日	年 月 日			
支払年月日	令和 年 月 日	扶養認定日	年 月 日			

インプット

K-039

P