

記入例(被保険者が出産する場合)

K-039 P (P) ①

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)

本様式内に記入してください(記入要領等は、別紙「記入例」をご参照ください)

2	提出日	令和〇〇年10月3日	備考	(フリガナ) ケンボ マサミ
	被保険者等 記号・番号	1 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0	被保険者 氏名	健保 正美
	被保険者 住所	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1 (TEL 000-000-0000)	被保険者 生年月日	昭和 55年 4月 1日 平成
	事業所 (会社)名称	株式会社〇〇〇〇〇	所属・電話	〇〇課 (TEL 000-000-0000)
3	被扶養者が 出産する場合 その者の氏名	記入不要	被保険者 との続柄	被扶養者 生年月日
	出生予定日	令和〇〇年10月20日	出生予定児 数	昭和 平成 年 記入不要 日
6	名称	〇〇〇〇病院	4	5
	所在地	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1 (TEL 000-000-0000)		
7	金融 機関名	〇〇銀行 (銀行コード 0000)	店名	〇〇支店 (支店コード 0000)
	預金 種別	普通	口座 番号	0000000

甲(健保 正美)は、医療機関等である乙(〇〇〇〇総合病院 〇〇 〇〇)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の受領に関すること。

令和〇〇年10月2日
甲(被保険者)
住所 〒 000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1
氏名 健保 正美

乙(代理人)
住所 〒 000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1
医療機関名 〇〇〇〇病院
代表者氏名 〇〇 〇〇
医療機関コード: 0000000

受取代理人(医療機関等)の振込先
金融機関名 〇〇銀行 (銀行コード 0000) 店名 〇〇支店 (支店コード 0000) 預金種別 普通 口座番号 0000000
(フリガナ) 〇〇〇〇ピョウイン インチョウ 〇〇 〇〇
口座名義 〇〇〇〇病院 院長 〇〇 〇〇

- 【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か月以内に産んだ場合、または
被扶養者資格認定後6か月以内に産んだ場合は、「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。

交付日付印

次のような場合に、この申請書をご使用ください。

- (a) 被保険者(出産費貸付制度を利用する方を除く)であって、出産育児一時金の支給を受ける見込みがあり、かつ
出産予定日まで2か月以内の方
(b) 一般被保険者期間が継続して1年以上(任意継続被保険者の加入期間を除く)あった女性被保険者が、
資格喪失後6か月以内に産産を予定し、かつ出産予定日まで2か月以内の方

◆ 注意事項

被保険者の方へ

- 記入内容を訂正する場合には、訂正箇所にて二重線を引き、正しい内容と被保険者氏名をご記入ください。
- 申請後に受取代理人である医療機関以外で産することとなった場合、この請求書は無効になりますので、速やかに
日立健保に申し出てください。
- 海外の医療機関で産する場合は、この制度(受取代理申請)はご利用できません。
- 出産予定日まで2か月以内となってから健保組合に提出してください。
- この申請書を提出頂いた場合、出産予定の医療機関と日立健保の間において、申請書の受付の有無、出産に関する
証明、及び出産費用に関する情報の提供を行いますので、あらかじめご了承願います。
- 日立健保に産産育児一時金の受取代理の請求をする方で被保険者資格喪失後6か月以内に産んだ場合は、産産後、
「健康保険加入状況調査書(出産育児一時金用)」(健保指定帳票K-054)を日立健保に提出してください。
- 本受取代理申請をされた方は産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。

医療機関等の方へ

- この申請書を受理した時は、日立健保より書面にてその旨お知らせします。
- 産産後、産産費用が確定した場合は、産産者宛の分娩費請求書写し及び出生証明書類写しを速やかに日立健保に
送付願います。
- 支払日は、日立健保に毎月20日までに産産者宛の分娩費請求書写し及び出生証明書類写しが届いた場合、
翌月15日(土日祝日の場合は前日)となります。
- 記入内容を訂正する場合には、訂正箇所にて二重線を引き、正しい内容と医師名をご記入ください。

医療機関等・被保険者の方へ

この申請書による産産育児一時金の支払いは次の通りです。

- 医療機関等の産産に係る請求額が産産育児一時金以上である場合
産産育児一時金の全額を医療機関等の所定口座へ支払います。
(差額は被保険者が医療機関に支払うこととなります。)
- 医療機関等の産産に係る請求額が産産育児一時金未満である場合
請求額を医療機関等の所定口座へ支払い、差額は被保険者に支給します。

◆ 記入要領(記入例の番号と照合してください)

- 「被保険者」にチェック(✓)を付けてください。
- 日立健保に提出するときにその日を記入してください。
- 母子健康手帳等を参考に記入してください。
- 1児の場合は単胎に○を付けてください。2児以上の場合は多胎に○を付け、カッコの中に数を記入してください。
- 産産費貸付制度利用の有無について、いずれかに○を付けてください。有の場合には受取代理による請求は
できません。
- この申請書を受理した後、受理した旨を医療機関にお知らせしますので正確に記入願います。
- 医療機関への振込額が産産育児一時金未満の場合、その差額は被保険者に支給されますので、
給付金を給与に含めて支給される事業所(会社)の方は、記入してください。
- 受取代理人の住所、医療機関名、代表者氏名及び口座情報を医療機関等に記入してもらってください。

◆ 添付書類

母子健康手帳(出産予定日と産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の写し

◆ 送付先

健保組合に送付してください。
〒101-0063 東京都千代田区神田淡路町二丁目29番地
東お茶の水ビル
日立健康保険組合 業務(給付) 宛
なお、紛失防止の観点から、簡易書留等で送付することをお勧めいたします。