

## 記入例(被扶養者が出産する場合)

K-039 P (P) ①

日立健康保険組合 御中

### 健康保険 被扶養者 出産育児一時金請求書 (受取代理申請用)

本申請書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                                                                                                                                                                                                                     |                                                       |
| 3 | 被保険者証<br>記号・番号            | 記号<br>1 0 0 0                                                                                                                                                                                                                  | 番号<br>1 0 0 0 0 0 0 0                                 |
|   | 被保険者氏名                    | ケンボ マサミ<br>健保 正美                                                                                                                                                                                                               |                                                       |
| 6 | 被保険者の住所                   | 〒000-0000<br>〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1<br>(TEL 000-000-0000)                                                                                                                                                                              |                                                       |
|   | 被保険者の勤務する事業所の名称           | 株式会社〇〇〇〇〇                                                                                                                                                                                                                      |                                                       |
| 7 | 被扶養者が<br>出産する場合<br>その者の氏名 | 健保 薫                                                                                                                                                                                                                           | 配偶者<br>被扶養者の<br>生年月日<br>昭和<br>平成 60年 1月 1日            |
|   | 出生予定日                     | 令和〇〇年10月20日                                                                                                                                                                                                                    | 出生予定児<br>数<br>単胎 多胎 ( 児 )                             |
| 6 | 出産予定<br>医療機関              | 名称<br>〇〇〇〇病院                                                                                                                                                                                                                   | 所在地<br>〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1<br>(TEL 000-000-0000) |
|   | 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、その金額を貴院に支給します。<br>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。)                                                                                                                     |                                                       |
| 7 | 金融機関名                     | 〇〇銀行                                                                                                                                                                                                                           | 店名<br>〇〇支店                                            |
|   | 口座番号                      | 0000000                                                                                                                                                                                                                        |                                                       |
| 8 | 受取代理に関する欄                 | 甲(健保正美)は、医療機関等である乙(〇〇〇〇病院 〇〇 〇〇)を代理人と定め、次の権限を委任します。<br>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。<br>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)の受領に関する事。<br>(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) |                                                       |
|   | 受取代理人(医療機関等)の振込先          | 令和〇〇年10月2日<br>甲(被保険者) 住所 〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1<br>氏名 健保 正美<br>乙(代理人) 住所 〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1<br>医療機関名 〇〇〇〇病院<br>代表者氏名 〇〇 〇〇 医療機関コード: 0000000                                                                            |                                                       |
| 7 | 金融機関名                     | 〇〇銀行                                                                                                                                                                                                                           | 店名 〇〇支店                                               |
| 7 | 口座番号                      | 0000000                                                                                                                                                                                                                        |                                                       |

【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ヵ月以内に出生した場合、または  
被扶養者資格認定後6ヵ月以内に出生した場合は、「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。

次のような場合に、この申請書をご使用ください。

被扶養者(出産費貸付制度を利用する方を除く)が出産を予定し、家族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ヶ月以内の方

#### ◆ 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出産することとなった場合、この申請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。
- 海外の医療機関で出産する場合は、この制度(受取代理申請)をご利用できません。
- 出産予定日まで2ヶ月以内となつ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、あらかじめご了承ください。
- 日立健保に家族出産育児一時金の受取代理の請求をする方で被扶養者資格認定後6ヶ月以内に出生した場合は、「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。

##### 医療機関等の方へ

- この請求書を受理した時は、日立健保より書面にてその旨お知らせします。
- 出産後、出産費用が確定した場合は、出産者宛の分娩費請求書写し及び出生証明書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日までに出産者宛の分娩費請求書写し及び出生証明書写しが届いた場合、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

この申請書による家族出産育児一時金の支払いは次の通りです。

- 医療機関等の出産に係る請求額が42万円以上である場合(産科医療補償制度に未加入の医療機関等は40万8千円(令和3年12月31日までの出産は40万4千円))家族出産育児一時金の全額(42万円)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。)
  - 医療機関等の出産に係る請求額が42万円未満である場合(産科医療補償制度に未加入の医療機関等は40万8千円(令和3年12月31日までの出産は40万4千円))請求額を医療機関等の所定口座へ支払い、差額(42万円-請求額)は被保険者に支給します。
- \*2児以上の出産の場合、1児につき42万円として、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、42万円は84万円になります。)

#### ◆ 記入要領(記入例の番号と照合してください)

- 「被扶養者」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、括弧の中に数を記入してください。
- 出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42万円未満の場合、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の写し

#### ◆ 送付先

健保組合に送付してください。  
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。  
(送付先住所は、保険証の「保険者所在地」に記載)