

健 保 組 合		
常務理事	事務長	担当者

健康保険組合 の 受 付 印
日付印

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書 (受取代理用)

被 保 険 者 記 入 欄	申請日	令和 年 月 日		
	被保険者証の 記号・番号	記 号 番 号 (左づめで記入)		
	被保険者の 住所・電話番号	〒 電話		
	事業所名称	フリガナ		
	出産予定者 ※被保険者と同一の 場合は不要です	フリガナ	出産予定日・数	令和 年 月 日 単・多 (胎)
	被保険者(本人) が出産する場合	資格喪失後6カ月以内に出産する場合、現在加入している健康保険について記入してください。		
	被扶養者(家族) が出産する場合	扶養認定後6カ月以内に出産する場合、以前に加入していた健康保険について記入してください。		
	出産予定の医療機関等の 名称および住所・電話番号	名 称	〒 電話	
	所在地			
	委任状 (任継者は 記載不要)	OTG健康保険組合から私に支給される給付金の受領を事業主に委任します。(出産費用が上限に満たない場合の差額給付分) ※自ら署名した場合も必ず押印ください		
令和 年 月 日	被保険者氏名		Ⓜ	
受 取 代 理 に 関 す る 欄	被保険者 () (以下「甲」という。)は、医療機関等である () (以下「乙」という。)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など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等のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額 (上限 一児につき42万円。但し、産科医療補償制度対象外出産は40.4万円) の受領に関すること。 令和 年 月 日 甲(被保険者) 住所 乙(代理人) 住所 電話 氏名 氏名 氏名 ※自ら署名した場合も必ず押印ください			
	受取代理人に対する支払金融機関の欄			
	① 金 融 機 関 名	金融機関 コード	支店コード	② 口座種別 普・当 その他() フリガナ
		銀行 農協 金庫 信組	本店 支店 出張所	口座名義

◎記入・添付資料に関する留意事項は、2枚目に記載しております。必ずご確認ください。

受 付 印

健 保 記 入 欄	受 付 No.	
	本人家族区分	被保険者 ・ 被扶養者
	法定給付額	円
	付加給付額	円
	支給決定額	円

健康保険被保険者の記号・番号の代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記(備考)欄に記入して下さい。
※ マイナンバーを記入する場合は、確認のために添付書類が必要となります。

備考

(R1.6)

2枚組のうち1枚目
OTG健康保険組合 給付-6-2

被保険者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請求書による事前申請は、出産予定日まで2カ月以内であることとなっております。
2. この請求書を提出いただいた場合、出産予定の医療機関等と健康保険組合の間において、請求書の受付の有無、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。
3. 標題の「被保険者」「家族」の文字は、いずれか該当する方を（○）で囲んでください。
4. この請求書の提出にあたっては、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
5. 海外の医療機関で分娩される場合は、この申請書による事前申請はご利用いただけません。
6. 申請後に受領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は、速やかに健康保険組合に申し出てください。

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時は、健康保険組合から受付を行った旨連絡いたします。
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生証明書類の写しを速やかに健康保険組合へ提出してください。
3. ①及び②の欄は該当する項目を（○）で囲んでください。②の欄の「3. その他」を囲んだ場合は、「（ ）」欄に口座種別を記入してください。

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一時金等の支払は、次のとおりです。
 - (1) 医療機関等の出産に係る請求額が受取委任額以上である場合
⇒ 出産育児一時金等の委任額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受取委任額未満である場合
⇒ 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、その請求額との差額については、被保険者（委任事業主）へお支払いします。