届出コード	支給決定・支出決議書						常務理事	部 長	次 長	課 長	担当者
6 3 A	決定日	年 月 日		支給日	年 月 日						
資格関係照合	取得	強	年 月 日	喪失	強	年 月 日					
		任	年 月 日		任	年 月 日					
出産年月日	年 月 日		支給決定額	出産育児一時金（要¥マーク・訂正不可）	百万	拾万	万	千	百	拾	円
家族認定日	年 月 日										
受取代理人に対する支払額	円			出産育児一時金付加金（要¥マーク・訂正不可）							
備 考											

健康保険　出産育児一時金等（付加金）請求書（受取代理用）

被保険者（請求者）が記入するところ

被保険者等の記号・番号		被保険者の生年月日		事業所の名称		
		昭・平	年 月 日			
家族の出産であるときはその氏名・生年月日	氏名		生年月日	昭・平	年 月 日	
出産予定年月日	年 月 日	出生児予定数	単胎・多胎（ 児）			
出産予定医療機関名等	所在地					
	名 称					

	保険者名	記号	番号
① 被保険者が出産することによる申請の場合 退職後、被保険者（夫など）の被扶養者となっている場合、その現在加入している健康保険の保険者名及び健康保険証等の記号・番号を右記に記入してください。			
② 家族(被扶養者)が出産することによる申請の場合 家族が以前1年以上働いており、退職後6ヵ月以内に出産予定の場合は、その当時、加入していた健康保険の保険者名及び健康保険証等の記号・番号を右記に記入してください。			

備考欄

被保険者等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

上記のとおり請求します。　〒　－

令和　年　月　日　被保険者の住所（請求者）

氏名

大阪ニット健康保険組合理事長　電話（　）　－

被保険者が在職中のとき		被保険者が退職しているとき			
領収委任状	この給付金の領収方を私の勤務する事業主に委任します。 令和　年　月　日 被保険者の氏名	給付金振込口座	1. 振込　2. 当地	金融機関コード	
			金融機関名	銀行	支店
			預金種別	1. 普通　2. 当座	
			口座名義人（カナ）		

受取代理人の欄

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、出産育児一時金等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等のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する額（※）の受領に関すること。

※ 出産育児一時金等の支給額(保険者が出産育児一時金等に係る付加給付を行なう場合には、付加相当額を含む)を上限とする。

令和　年　月　日

甲（被保険者）の住所

氏名

乙（代理人）の所在地

名称　電話（　）

受取代理人に対する支払金融機関

金融機関名	銀行	支店	預金種別		口座番号	
					口座名義人(カナ)	

※ 留意事項については、裏面に記載していますので、必ずお読みください。

被保険者等の皆様に対する留意事項

1. この請求書による「受取代理制度」は、被保険者等の方が医療機関等を受取代理人として、出産育児一時金等を事前に申請し、医療機関等が被保険者等に対して請求する出産費用の額（当該請求額が出産育児一時金等として支給される額を上回るときは、当該支給される額）を限度として、医療機関等が被保険者等に代わって出産育児一時金等を受け取る制度です。
2. **この請求書を申請できる対象者は、被保険者等又はその被扶養者が出産予定日まで２ヶ月以内の方になります。 ただし、医療機関等によっては、この「受取代理制度」を利用できない場合がありますので、予めご了承願います。（厚生労働省より認可を受けた医療機関等が対象となります。）**
3. この請求書の提出にあたっては、必要事項を記入のうえ、次の書類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
     （ご両親のお名前が記載されているページ及び出産予定日が記載されているページの写し）
   - その他出産予定日を証明する書類
4. 受取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や受取代理申請を取り下げる場合は、速やかに当組合へご連絡願います。
5. 被保険者本人の出産育児一時金と家族出産育児一時金は重複して請求することができません。従って、両方の請求資格があっても併給されませんので、どちらかを選択して請求することになります。なお、この場合、当組合分を選択して請求されるときは、非選択の保険者が支給しない旨の証明等が必要となります。
6. この請求書の支給決定等において、当該医療機関等と当組合の間で、請求書の受付の有無・出産及び出産費用に関する情報の提供を行ないますので、予めご了承願います。

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ときは、受取代理人の欄に住所、名称、電話番号、振込先金融機関名等、必要事項を記入してください。なお、当組合にてこの請求書を受け付け後、貴医療機関等に対して、受取代理申請受付通知書及び出産費用請求報告書を送付します。
2. 出産し、出産費用が確定した場合は、出産費用請求報告書に出産費用の請求書の写し及び出産の事実を証明する書類の写しを添付のうえ、速やかに当組合へ提出してください。なお、加算対象出産の場合には、所定の印が押印された出産費用の請求書の写しを添付してください。

被保険者等・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育児一時金等のお支払は、次のとおりとなります。

（1）出産に係る費用の請求額が５０万円（※付加金含む支給額。加算対象出産でない場合は、４８万８千円。以下同じ。）以上である場合。
- 出産育児一時金等の全額（５０万円）を医療機関等にお支払します。
- ５０万円超である場合は、５０万円との差額は、被保険者等の方が医療機関等に支払うことになります。

（2）出産に係る請求額が５０万円未満の場合
- 請求額として記載されている額を医療機関等に支払い、当該請求額と５０万円の差額については、被保険者等の方に支払うことになります。

（3）二児以上の出産の場合は、一児につき５０万円として、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、（1）の５０万円以上は１００万円以上、（2）の５０万円未満は１００万円未満になります。）

※付加金については、一児につき２万円の支給になりますが、出産時に被保険者、被扶養者の資格がある方が支給対象となりますので、対象外の場合は、上記金額より２万円減額した額になります。

この件に関するお問合せは下記までお願いします。
大阪ニット健康保険組合　業務課
電話０６（６２４３）１０７０