

資格取得日	昭・平・令 年 月 日	資格喪失日	令 年 月 日	支給決議書			
被保険者 家族(被扶養者)		対象被扶養認定日	昭・平・令 年 月 日	常務理事	事務長		抜者
出産日	令 年 月 日	出生児数	児	生産・死産( 月 )			
支給決定額	円	医療機関への振込み	被保険者への支給				
		円	円	医療機関への報告	備考		
支給決定日	令 年 月 日	令 年 月 日付	(事業所経由)				

## 健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書 受取代理用(事前申請用)

※記入については右側の「留意事項」をご確認ください。

東急百貨店健康保険組合 理事長殿							
被保険者証 記号	番号	勤務事業所					
住所	〒 -	電話 ( )	退院後、自宅以外に滞在する場合はその連絡先 電話 ( )				
資格喪失後の被保険者の出産のとき……現在加入している健康保険についてご記入ください。 被扶養者が当健保に加入して6ヶ月以内に出産するとき……以前被扶養者が加入していた健康保険についてご記入ください。							
健康保険 被保険者名称	電話 ( )	保険者証 記号・番号					
被扶養者が出産するための請求の場合	(被扶養者) 氏名	(被扶養者) 生年月日	昭・平・令 年 月 日				
出産予定の医療機関等の名称 および住所	名称	所在地	〒 -	電話 ( )	出産予定日	令 年 月 日	
上記により出産育児一時金受取代理を申請します。 また、差額が生じた際の給付金の受領は事業主(事業主代理人)に委任します。 令 年 月 日 被保険者 氏名 ㊟							
下記の医療機関等を受取代理人と定め、次の権限を委任します。 委任者が請求する出産育児一時金のうち、下記医療機関等が委任者に対して出産に関して請求する費用の額(上限42万円)の受領に関すること。 令 年 月 日 委任者(被保険者) 氏名 ㊟							
被保険者証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。)							
備考欄							
上記被保険者の出産育児一時金の受領に関し委任を受けました。 令 年 月 日							
代理人の 住所 医療機関名 代表者名 ㊟							
金融機関名	金融機関コード ( )	店番コード ( )	本店 支店 出張所	口座種別	普通 当座 その他( )		
口座番号	口座名義	フリガナ					
令 年 月 日							健保受付印
事業主欄	事業主(代理人)の 所在地 名称 氏名 ㊟						

訂正箇所がある場合は、二重線で抹消し訂正印を押印してください。

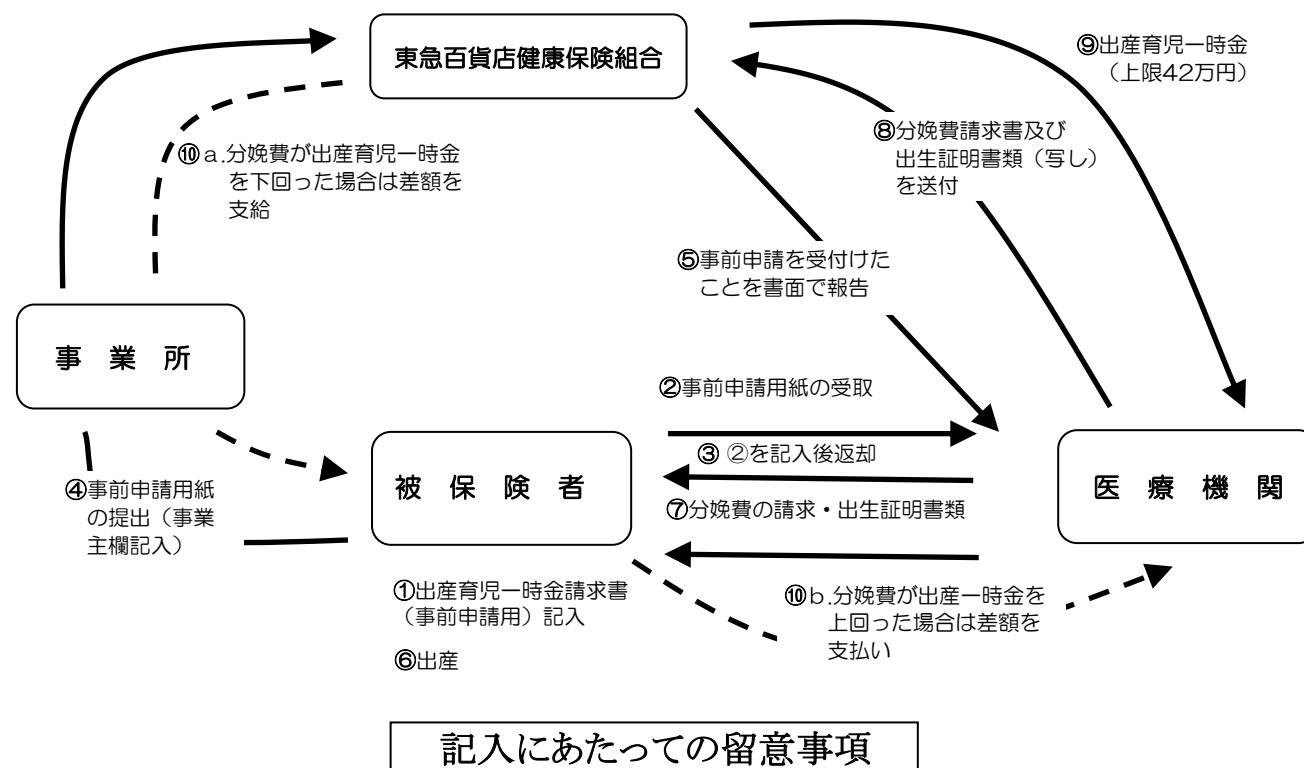
### ！退職した方への注意事項！

差額が生じた際の給付金振込みは、退職前事業所経由で行いますので、退職前事業所の事業主証明を受けてください。その際に振込み方法をご確認ください。

### 【 出産育児一時金の受取代理制度について 】

「受取代理」とは、事前申請により出産育児一時金を健康保険組合から直接、医療機関等へ振込むことです。これにより、被保険者は医療機関等の窓口で出産費用と出産育児一時金の差額のみを支払うことになり、支払いの負担が軽減されます。

## 出産育児一時金の受取代理のしくみ



### 《 被保険者の皆様へ 》

- 1) この請求書による事前申請は、出産予定日まで2ヶ月以内の者、または出産予定日まで2ヶ月以内の被扶養者を有する者となっています。
- 2) 「被保険者記入欄」に記入・捺印をし、「受取代理人欄」、「事業主欄」に記入・捺印を受けた上、次の書類のいずれかを必ず添付してください。
  - a. 母子健康手帳の写し(「保護者氏名」のわかるページと「出産予定日」のわかる妊娠中の経過のページの写し)
  - b. 出産予定日を証明する書類の写し
- 3) この請求書により医療機関等と当健康保険組合の間において、請求書の受付の有無、出産に関する証明、および出産費用に関する情報の提供を行いますので、ご了承願います。
- 4) 海外での出産については対象外となります。
- 5) 受取代理人である医療機関等以外で出産することとなった場合は、速やかに当健康保険組合に申し出てください。

### 《 医療機関等の皆様へ 》

- 1) この請求書を受付けたときは、当健康保険組合より「出産育児一時金等の受取代理請求書の受付について(報告)」を送付いたします。
- 2) 分娩し、分娩費用が確定しましたら、同封しました「分娩費請求書等(写し)の送付について」にご記入の上、分娩費請求書および出生証明書類の写しを速やかに当健康保険組合へお送りください。

### 《 被保険者・医療機関等の皆様へ 》

- 1) 支払方法について
  - ① 出産にかかる費用が42万円未満の場合  
当健康保険組合が請求額的全額を医療機関等にお支払いし、42万円との差額は事業所経由で被保険者にお支払いします。
  - ② 出産にかかる費用が42万円以上の場合  
当健康保険組合が42万円を医療機関等にお支払いします。  
なお、42万円を上回る額については被保険者のご負担となり、医療機関等へお支払いいただくことになります。