R7.1.10更新

記号番号を記入の場合はマイナンバーの記入不要

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）

被保険者が記入するところ

被保険者等 記号 － 番号	99 － 100	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください	生年月日 ☑昭和 □平成 60 年 7 月 10 日
被保険者（請求者）の氏名	（フリガナ）ケンポ タロウ 健保 太郎	事業所の 名称	○○○株式会社
		事業所の 所在地	東京都品川区大崎○－○－○
被保険者（請求者）の住所	郵便番号 141 － 0032	電話番号	03 （ 5470 ） ○○○○
	（フリガナ）トウキョウトシナガワクオオサキ 東京都品川区大崎○－○－○		
被扶養者が出産したための請求であるときは、その方の	氏名 健保 花子	生年月日	□昭和 ☑平成 5 年 4 月 10 日生
出産予定日・数	令和 6 年 12 月 3 日 / ☑単 ・ 多 □→（ 胎）		
出産する医療機関等の	名称	△△△病院	
	所在地	〒 160 － 0023 電話番号 03 （ 1234 ） ○○○○ 東京都新宿区西新宿○－○－○	

被保険者に対する支払金融機関の欄

金融機関名	店名	預金種別	口座番号	口座名義
△△ ☑銀行 □金庫 □農協	大崎 □本店 ☑支店	☑普通 □当座 □通知 □別段	0123456	ケンポ タロウ

受取代理人の欄

甲（ 健保 太郎 ）は、医療機関等である 乙（ △△△病院 ）を代理人と定め、次の権限を委任する。

甲が請求する出産育児一時金・出産育児付加金のうち、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。□

※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う場合には、付加相当額を含む)を上限とする。□

令和 6 年 12 月 20 日

医療機関等の記載欄

甲（被保険者）の住所 東京都品川区大崎○－○－○

氏名 健保 太郎

乙（代理人）の住所 東京都新宿区西新宿○－○－○

氏名 △△△病院

金融機関名	店名	預金種別	口座番号	口座名義
○○ ☑銀行 □金庫 □農協	品川 □本店 ☑支店	☑普通 □当座 □通知 □別段	0001234	△△△病院

◎ 資格喪失後６ヶ月以内に分娩された方は上限５０万円となります（付加金は支給されません）のでご注意ください。

◎ 産科医療補償制度に未加入の医療機関等で出産した場合（死産を含み、在胎週数第２２週以降のものに限る）、上限は５８．８万円になります。

【 添付書類について 】

◎ 出産予定日を証明する書類（母子健康手帳の写し等）を添付してください。

【 振込みについて 】

◎ 医療機関等からの請求額が給付限度額を上回る場合、給付限度額を医療機関等へ振込みます。
給付限度額を超えた出産費用分は被保険者が医療機関等に支払います。

◎ 医療機関等からの請求額が給付限度額を下回る場合、請求額を医療機関等へ振込みます。
給付限度額までの残額は被保険者へ振込みます。

フューチャーグループ健康保険組合