

被保険者が出産したときは「出産育児一時金」として、また被扶養者が出産したときは「家族出産育児一時金」として1児ごとに42万円（産科医療補償制度加算対象出産でない場合は40.8万円）が支給されます。通常出産後に申請して受給する出産育児一時金ですが、医療機関などを受取代理人として事前に申請することにより、医療機関等が被保険者等に代わって出産育児一時金を受取ることができます。この制度により被保険者等が医療機関の窓口で出産費用を支払う負担を軽減することができます。（医療機関の同意が必要です）

◆対象者

被保険者（出産費貸付制度を利用する者を除く）であって、出産育児一時金等の支給を受ける見込みがあり、かつ出産予定日まで2ヶ月以内の者又は出産予定日まで2ヶ月以内の被扶養者を有する者

◆手続方法

【 出産育児一時金請求書【受取代理申請用】 】に受取代理人となる医療機関等の記名・押印及びその他の必要事項の記載を受け出産予定日を証明できる書類を添付して（代理人の欄に記入してもらった場合は不要）事前に提出してください。

◆受取代理及び支給方法

分娩後受取代理人である医療機関等から送付される分娩費請求書及び出生証明書類の写しにより支給要件を確認し受取代理人である医療機関等に対し支給します。

- 請求額が42万円（40.8万円）以上である場合
 出産育児一時金の全額42万円（40.8万円）を医療機関等の所定口座へ振り込みます。
 ※ 差額は被保険者が医療機関等に対し支払うこととなります。
- 請求額が42万円（40.8万円）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の所定口座へ支払い、当該請求額と42万円（40.8万円）との差額については被保険者へ支払います。（医療機関等から分娩費請求後になりますので、支給日については個々異なります）

◆記入例

記入もれのないようご注意ください。

押印省略可 申請書内に下欄にチェックのうえ、請求願います。
 記載内容について申請者本人が確認しました。 ※ チェックの記載がない場合、受取できませんのでご注意ください。

- 該当するほうに○印を記入
- 提出する日を記入
- 保険証に記載の番号を記入
- 会社名を記入
- 部屋番号まで正確に記入
- いすゞ自動車(株)勤務・任意継続被保険者・喪失者は記入
 （その他は事業主経由で支給）
- 退職後（本人）・認定後（家族）6ヶ月以内に出産予定の場合記入してください。

出産育児一時金請求書【受取代理申請用】

(被保険者 1 被扶養者)

健康保険組合 御中

平成 年 月 日提出

被保険者名 2 ケンボ タロウ 健康 太郎	生年月日 昭和 54 年 12 月 1 日	記号 100 3 123456
資格取得年月日 昭和 16 年 4 月 1 日	資格喪失年月日 平成 年 月 日	事業名称 4 いすゞO×O×O×O×株式会社
現住所 5 252-8501 神奈川県藤沢市土棚8番地 ΔΔΔΔΔΔマンションA-201号室	TEL	
記入者名 6 ケンボ ハナコ 健康 花子	生年月日 昭和 60 年 8 月 1 日	被保険者との続柄 妻
出産する医療施設等の名称・所在地 名称 いすゞ産婦人科クリニック 所在地 X×県X×市O-O-O	出産予定日・数 平成 23 年 5 月 5 日 単 (胎)	
送金先 (差額振込先) ※ いすゞ自動車(株)女子被保険者は記入 その他の場合は事業所経由で支給のため記入不要 銀行 支店 普通 口座番号 受取人氏名(カナで記入)	押印	
代理人の 住所 医療機関名 氏名	押印	
送金先 銀行 支店 普通 口座番号 受取人氏名(カナ)		

医療機関等に記入してもらってください

※ 次の場合には下欄に記入が必要です

- 被扶養者の方が認定年月日(保険証記載)より6ヶ月以内に出産の場合
 出産日より半年前に加入していた保険について記載してください
- 被保険者だった方の出産で資格喪失後6ヶ月以内に出産の場合
 現在加入している保険について記入してください
 国民健康保険加入の方は国保(OO市・OO区)とご記入ください

加入保険組合等の名称および所在地など
 名称 O×O×O×健康保険組合 所在地 XΔXΔXΔXΔI-2-3 TEL 00-0000-0000

加入年月日 平成 20 年 4 月 1 日 喪失年月日 平成 23 年 1 月 1 日

《 被扶養者出産の場合 》
 いすゞ健保に被扶養者として認定されてから、6ヶ月以内の出産の場合には、以前加入していた健康保険等に請求できる場合もありますので、確認します。

《 女子被保険者が資格喪失後出産した場合 》
 資格を喪失する日の前日までに1年以上の被保険者期間があり、喪失後6ヶ月以内に出産した場合は、退職後であっても請求できます。ただし、すでに夫の健康保険等に被扶養者として認定されている場合には、夫の健康保険等に家族として申請できる場合もありますので、確認します。

- 重複支給を避けるため、加入保険へ確認をします。
 出産者が記入押印してください。
- いすゞ健保使用欄です。
 空欄のまま提出してください。

◆問い合わせ先

いすゞ自動車健康保険組合

〒252-0806
 神奈川県藤沢市土棚8番地
 0466-42-0711(内線 8791-31)
 業務課 医療給付担当

記入がない場合には支給できません。お調べのうえ必ず記入してください。

下記届出に相違ありません。また、加入保険提供することに同意いたします。

押印

押印

押印