

事業主様

西日本パッカーリング健康保険組合
理事長 竹本 實生

出産育児一時金の請求手続きの一部変更について

平素は当健康保険組合の事業運営につき、格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、新しい出産一時金制度については、平成21年9月10日付 西パ健発第09A0908号「出産育児一時金の引き上げ及び直接支払制度の実施について」により通知したところですが、出産育児一時金等の支給にかかる申請用紙及び添付書類について、下記のとおり決まりましたので、この取り扱いにつき、被保険者の方々への周知方お願い申し上げます。

記

1. 直接支払制度を利用せず、従来どおりの方法で支給申請を行う場合は、添付用紙の〔様式1〕に併せて、以下の ~ の書類を添付してください。

医師・助産師による証明等の出産の事実を証明する書類

申請書に直接証明を受けた場合は除きます

医療機関等から交付される、代理契約に関する文書の写し

「直接支払制度に係る代理契約を締結していない旨」及び「申請先の保険者名」が記載されています

医療機関等から交付される、出産費用の領収・明細書の写し

産科医療補償制度加入の医療機関等で出産の場合は、所定の印が押印されています

2. 出産費用が出産育児一時金の額に満たない場合や家族出産育児付加金を請求する場合は、添付用紙の〔様式2〕に併せて、以下の 、 の書類を添付してください。

医療機関等から交付される、代理契約に関する文書の写し

医療機関等から交付される、出産費用の領収・明細書の写し

産科医療補償制度加入の医療機関等で出産の場合は、所定の印が押印されています

3. 被保険者資格喪失後6ヵ月以内に出産予定で、当健康保険組合より出産育児一時金の支給を希望する方は、別途「資格喪失証明書」が必要となりますので、申し出てください。

以上

健康保険 出産育児一時金・家族出産育児一時金・家族出産育児付加金 支給申請書

記入方法及び添付書類については、裏面をご参照願います。

被 保 険 者 (申 請 者) の 記 入 欄	被保険者証の 記号番号		(記号)	(番号)	事業所名			
	被保険者 (申請者)の 氏名・印 及び住所		(フリガナ)		住所	〒		
						TEL ()		
	被扶養者が出産したとき のその氏名・生年月日		氏名			生年月日	平成 昭和	年 月 日
	出産年月日	平成	年	月	日	生産児数 人	死産児数 人	他の制度から出産育児一時金を受 けたかどうか
	出生児の氏名		(フリガナ)		被保険者 (申請者) との続柄		子 孫 その他()	ア. 受けた
	被扶養者の認定を受けた日から6ヵ月以内 に出産の場合は、以前加入していた被保険 者証の記号番号及び保険者名				(記号)	(番号)	イ. 受けていない(受けない)	
資格喪失後の出産の場合は、新たに加入 した被保険者証の記号番号及び保険者名				(保険者名)		ウ. 請求中		

口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は「受取代理人に欄」の記入が必要です。

振 込 希 望 口 座	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
	(フリガナ)	(フリガナ)	普通 当座 その他()		(フリガナ)

給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(申請者)名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	
	平成	年 月 日
	住所	住所
	被保険者 (申請者) 氏名	代理人 氏名

いずれか一方で差し支えありません

医 師 ・ 助 産 師 ま た は 市 区 町 村 長 の 証 明 欄	出産者氏名		出産年月日	平成	年 月 日	
	出生児の数	単胎・多胎(児)	生産または死産の別	生産・死産(妊娠 週)		
	上記のとおり相違ないことを証明する。		平成	年 月 日		
	医療施設の所在地					
	医療施設の名称					
	医師・助産師の氏名					
本籍			受付年月日			
筆頭者氏名	母の氏名					
出生児氏名	出生年月日	平成				年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明する。		平成				年 月 日
市区町村長名						

記入するときの注意事項（添付書類含む）

被保険者（申請者）の記入欄、振込希望口座及び受取代理人の欄

1. 印鑑は、はっきりと押してください。
2. 振込希望口座が被保険者（申請者）と異なる場合は「受取代理人の欄」の記入が必要です。
3. 給付金の受け取りを代理人に委任する場合は、「受取代理人の欄」に必要事項を記入してください（受取代理人の は、被保険者（申請者）の と別の印鑑で押印してください）。

医師・助産師または市区町村長の証明欄

1. 証明事項の訂正は、証明印と同じ印鑑を押印してください。
2. 医師又は助産師の証明が外国語でされている場合は、日本語の翻訳文（翻訳者の氏名、住所等を記載したもの）を添付してください。

注意：「医師・助産師の証明」または「市区町村長の証明」については、いずれか一方で差し支えありません。

添付書類

1. 医師・助産師または市区町村長の証明を受けられない場合は、出生を確認できる書類
戸籍謄（抄）本、出生届受理証明書、住民票、母子健康手帳（原本提示）など
2. 医療機関等から交付される、代理契約に関する文書の写し
「直接支払制度に係る代理契約を締結していない旨」及び「申請先の保険者名」が記載されています
3. 医療機関等から交付される、出産費用の領収・明細書の写し
産科医療補償制度加入の医療機関等で出産の場合は、所定の印が押印されています

ご請求及びお問い合わせは、西日本パッケージング健康保険組合までお願いします。

〒540-0003 大阪府大阪市中央区森ノ宮中央 1-16-16 大阪紙器会館 5階

TEL 06-6941-4635 FAX 06-6944-0514

健康保険 出産育児一時金等内払(差額)金支払依頼書 家族出産育児付加金支給申請書

の被 保 険 者 欄 (申 請 者)	被保険者証の 記号番号		(記号)	(番号)	-	事業所名		
	被保険者 (申請者)の 氏名・印 及び住所	氏名	(フリガナ)			〒	-	
	被扶養者が出産したとき のその氏名・生年月日		氏名				TEL ()	
				生年月日	平成 昭和	年	月	日

口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は「受取代理人に欄」の記入が必要です。

振 込 希 望 口 座	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
	(フリガナ)	(フリガナ)	普通 当座 その他()		(フリガナ)

給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(申請者)名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。				
	平成 年 月 日				
	住所		住所		
	被保険者 (申請者) 氏名		代理人 氏名		

受付年月日

注意事項

1. この用紙は、以下の ~ の場合にのみ使用してください。
 出産費用が42万円(産科医療補償制度未加入機関での出産の場合は39万円)未満で差額を請求する場合
 家族出産育児付加金のみを請求する場合
 と を併せて請求する場合
 他の保険者(制度)から出産育児一時金・家族出産育児一時金を受ける(受けた)場合は、内払(差額)金及び家族出
 産育児付加金は請求できません。
2. 印鑑ははっきりと押してください。
3. 振込希望口座が被保険者(申請者)と異なる場合は「受取代理人の欄」の記入が必要です。
4. 給付金の受け取りを代理人に委任する場合は、「受取代理人の欄」に必要事項を記入してください(受取代理人の は、
被保険者(申請者)の と別の印鑑で押印してください)。

添付書類

1. 医療機関等から交付される、代理契約に関する文書の写し
2. 医療機関等から交付される、出産費用の領収・明細書の写し
 産科医療補償制度加入の医療機関等で出産の場合は、所定の印が押印されています

ご請求及びお問い合わせ先

〒540-0003 大阪府大阪市中央区森ノ宮中央1-16-16 大阪紙器会館5階
 TEL 06-6941-4635 FAX 06-6944-0514
 西日本パッケージング健康保険組合