

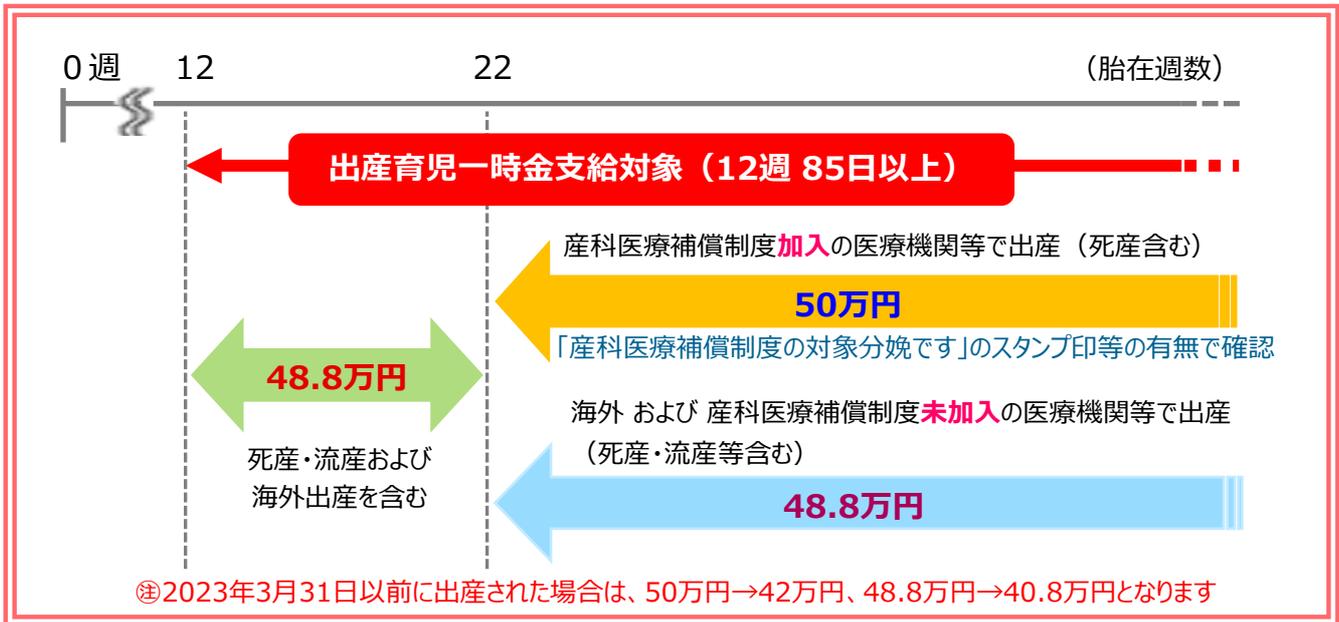


出産育児一時金 (受取代理制度)



厚生労働省に対し受取代理制度を届け出た医療機関等を受取代理人として、被保険者又はその被扶養者が医療機関の窓口において出産費用を支払う際の、経済的負担の軽減を目的とした制度です。

■ 支給条件と1児あたりの支給額



※健康保険法において出産とは、妊娠85日(4ヵ月)以後の分娩を指し、正常分娩、早産、死産、流産(人工流産を含む)をいいます。(昭和27年6月16日保文発2427号)

※多胎分娩の場合、**胎児数に応じて**出産育児一時金が支給される。(昭和16年7月23日社発991号)

■ 申請手続き

対象者	出産育児一時金の受給予定で、出産予定日まで2ヵ月以内の被保険者 および被扶養者 (出産費貸付制度を利用する場合は不可)
提出期限	出産予定日2ヵ月前から出産日まで (事前申請のため速やかに)
提出書類	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳 (写) (保護者氏名が記載された表紙と分娩予定日が記載された妊娠中経過のページ)
パナソニック健保の被保険者資格喪失後 または 扶養認定後、6ヵ月以内の出産	<input type="checkbox"/> 「出産育児一時金不支給証明書」(健保指定用紙) ¹

*1 退職により被扶養者となった者が、自らの被保険者資格による出産育児一時金と被扶養者としての家族出産育児一時金と両方の受給資格がある場合、請求者の選択によりいずれか一方を選択して受給する。

(平成23年6月3日保保発0603第2号)

常務理事	検印	担当

記入例

決定年月日

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

受取代理用

退職者（申請者）記入用

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、証明者の氏名をご記入ください

記入日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 (右づめ)	記号 9 1	番号 1 2 3 4 5 6 7	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	0 3 1 1 1 2
	氏名 (フリガナ)	ケン ポ タ ロウ		電話番号(日中の連絡先)	
	住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 △△ 県 △△ 市 △△ 町 △△ 番 △△ 号 △△			

本申請の提出を事業主へ依頼し、給付金の受領を事業主へ委任します。また、パナソニック健康保険組合が関係機関等に対して内容照会を行うこと又は当該関係機関等が内容照会の回答をすることに同意します。(に✓を入れてください)

申 請 内 容	1. 出産した者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	氏名	健保花代	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	0 4 1 0 2 2
	2. 出産予定日	令和	0 5 0 4 0 1	<input type="checkbox"/> 死産	3. 出生児数	1 人
	出産者	下記に該当する場合は、「出産育児一時金不支給証明書」【別紙1】の提出が必要です				

被保険者 弊健保の資格喪失後、6ヵ月以内の出産 被扶養者 弊健保に加入後、6ヵ月以内の出産

① 振込先の確認	現在の状況について、お尋ねします。	コード番号	(金融機関コード)	(店番コード)	
	<input type="checkbox"/> 1. 在職中	金融機関名称	銀行 金庫 信組 その他	本店 支店 出張所	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 現在、任意継続被保険者、特例退職被保険者としてパナソニック健保に加入中	預金種別	普通	口座番号	(右づめ)
	<input type="checkbox"/> 3. 令和 年 月 日脱退	口座名義人	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点、半濁点は1文字としてご記入ください。)◆被保険者名義の口座に限る		

「3」に該当する方のみ、②をご記入ください

② 資格喪失者の口座	公金受取口座	※口座の確認ができない場合、別途申請書の提出に伴い、給付の遅延が発生します。利用の場合は下記に☑。(上記の欄に記入がある場合は、上記口座に振込いたします) <input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。
------------	--------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

③ 被保険者死亡のため相続人が申請者となる場合は、被保険者との続柄が確認できる書類(戸籍謄本、住民票等)の提出が必要です。ただし、死亡時に相続人がパナソニック健康保険組合の被扶養者であった場合は不要です。

健保受付印

「受取代理人記入欄」は2ページに続きます >>>