

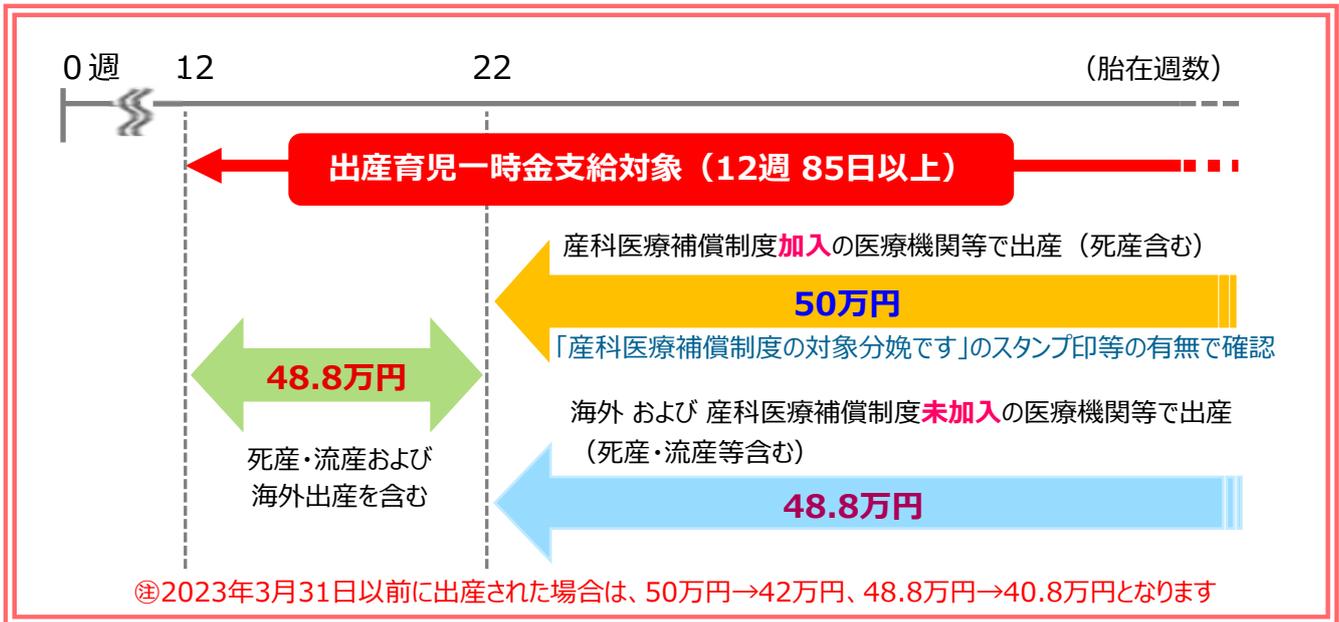


# 出産育児一時金 (受取代理制度)



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

<b>対象者</b>	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)
<b>提出期限</b>	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)
<b>提出書類</b>	<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)
<b>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</b>	<input type="checkbox"/> 「出産育児一時金不支給証明書」(健保指定用紙) <span style="float: right;">*1</span>

\*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)



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

※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

医師・事業主記入用

受取代理人記入欄

申請出産予定者の出産育児一時金の受領に関し委任を受けました。

令和 年 月 日 記入

医療施設の所在地

医療施設の名称

医師・助産師の氏名

電話番号 ( )

申請者の出産予定年月日

令和 年 月 日

コード番号

(金融機関コード)

(店番コード)

金融機関名称

銀行 金庫  
信組 その他

本店 支店  
出張所

預金種別

普通

口座番号

右詰め

口座名義人

▼カタカナでご記入ください

添付書類

※ 下記の書類を併せてご提出ください

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）

事業主証明欄

ご申請内容が正しいことを証明します。委任を受けた給付金の受領は、貴健保組合との間で定められている所定方法で受け取ります。

令和 年 月 日

・この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。

①申請者本人(被保険者)が作成したものである。

②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

事業所所在地

事業所名称

事業主(代理人)氏名

事業所コード( )

(本件問合せに必要ですので、必ず記入してください)

本件問合せ連絡先

部署・担当者名

電話連絡先

健保記入欄

SEQ

出産者

出産年月日

産保制度

出生児数

支給決定金額

本人  
・  
家族

令和 年 月 日

有・無

人

円

医療機関( 円)・被保険者( 円)

以下にあてはまる場合は他健康保険との重複給付を避けるため、「不支給証明書」の提出が必要となります

- パナソニック健保組合の「被保険者の資格を喪失されてから6ヵ月以内に出産」の場合

↳ 現在、加入されている健康保険で証明を受けてください

- 被扶養者が「前職に被保険者（本人）として加入していた期間が1年以上あり、資格を喪失されてから6ヵ月以内に出産」の場合

↳ 以前、加入していた健康保険で証明を受けてください

④被扶養者が以前も被扶養者（家族）の場合や、被保険者（本人）として加入していた期間が1年未満の場合は、「出産育児一時金不支給証明書」の提出は不要です

下記の証明を受け、「出産育児一時金支給申請書」に添付のうえご申請ください

パナソニック健康保険組合 御中

## 出産育児一時金不支給証明書

請求者 記入欄	保険証 記号 - 番号	—				
	被保険者氏名					
	出産者氏名					
	出産年月日	年	月	日		
保険者 記入欄	出産者の扶養認定日 又は貴組合加入期間	年	月	日 から 年	月	日 まで
	上記の者に対して、「出産育児一時金」、「家族出産育児一時金」を支給していないこと、また、今後請求があっても支給しないことを証明いたします。					
	年 月 日					
所在地						
名称						
電話番号						
(担当者氏名		)				

