

常務理事	事務長	係

資格取得日	年	月	日
資格喪失日	年	月	日
出産予定日	年	月	日
出産児数	人		

健康保険 被保険者 出産育児一時金 請求書(受取代理用)

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	1324 -	社員No.	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。							
	被保険者 氏名		生年月日	昭 平 令	年	月	日	電話番号 (日中の連絡先)	()		
	住所	〒 -									
	出産予定日	令和	年	月	日	出生児数	単胎・多胎()				
申請内容 記入欄	出産予定 の医療機関	名称	所在地 〒								
	退職後6か月以 内の出産ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	保険者名					記号・番号			
	同一の出産について、現在加入している保険者より出産育児一時金を	<input type="checkbox"/> 受けた/受ける予定 <input type="checkbox"/> 受けない									
	本申請の提出を事業主へ依頼し、差額給付金の支給がある場合はその受領を事業主に委任します。										
氏名 (申請者)								令和	年	月	日記入

振込先口座	◆資格喪失者(請求者)名義の振込銀行口座を必ずご記入ください。(「振込銀行口座」が確認できる通帳の写しを添付)	振込銀行口座(※請求者名義の口座に限る)								
	※被保険者死亡のため相続人が請求者となる場合、被保険者との続柄が確認できる書類(戸籍謄本、住民票等)を必ず添付。(死亡時に相続人が健保の被扶養者であった場合は不要)	金融機関コード					店番号			
	□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 注)口座情報の反映には数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。	<input type="checkbox"/> 銀行					<input type="checkbox"/> 本店			
		<input type="checkbox"/> 信用金庫					<input type="checkbox"/> 支店			
	<input type="checkbox"/> ()					<input type="checkbox"/> 出張所				
	口座番号						口座名義(カナで記入)			
	普通									

【添付書類】

母子健康手帳 (出産者氏名・出産予定日が確認できるページ) の写

◆CNCグループ健康保険組合の「被保険者の資格喪失後、6か月以内の分娩」の場合⇒現在、加入している健康保険で「出産育児一時金の不支給証明書」を発行してもらい添付してください。

・資格喪失後の出産・・・退職日までに被保険者期間 (任意継続被保険者期間は除く) が継続して1年以上あり、資格喪失後6か月以内の出産に対しても支給されるため、支給を受けることができる保険者が複数になる場合もありますが、重複して支給を受けることができません。

※消えるボールペン等の筆記用具で記入、修正テープは使用しないでください。
※被保険者記入欄に訂正がある場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、被保険 (申請) 者の訂正印またはサインが必要です。
※「被保険者記入欄」「受取代理人記入欄」等を記入された後は、会社 (人事総務G) へ提出してください。

【請求書提出先】
人事総務G

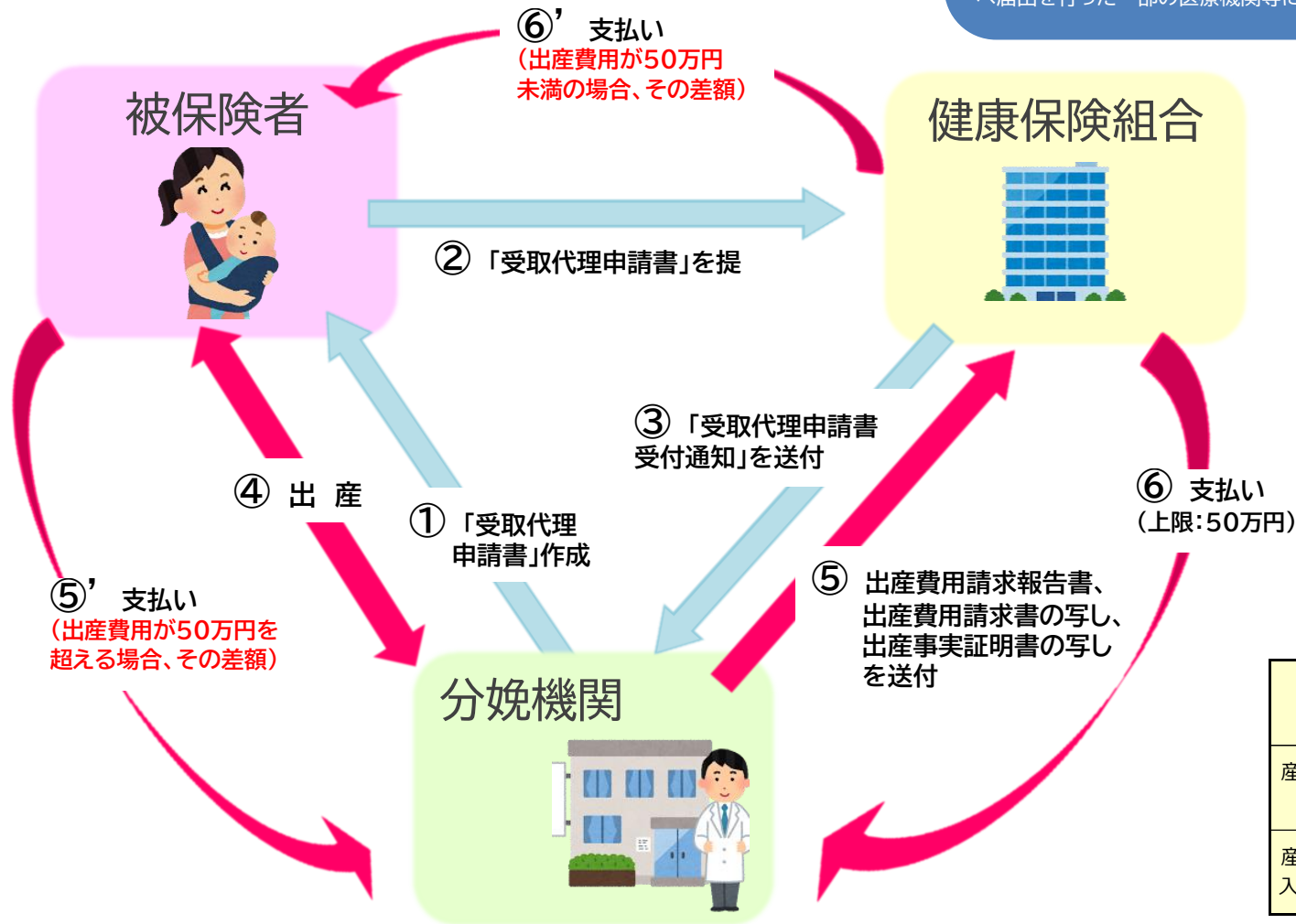
受取代理人記入欄	申請者() (以下「甲」という。)は、医療機関等である() (以下、乙という。)を代理人と定め、次の権限を委任します。また、甲は、出産育児一時金の医療機関への直接支払制度は利用しません。甲が請求する出産育児一時金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額の受領に関すること。												
	令和	年	月	日	甲の住所								
	氏名				乙の所在地								
	名称				電話 ()								
金融機関名	金融機関コード()				店番コード()				口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 別段 <input type="checkbox"/> 通知 <input type="checkbox"/> 貯蓄			
	<input type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 農協			<input type="checkbox"/> 本店	<input type="checkbox"/> 支店							
	<input type="checkbox"/> 信金	<input type="checkbox"/> 信組			<input type="checkbox"/> 出張所								
口座番号								口座名義 (カナで記入)					

事業主証明欄	この請求内容が正しいことを証明します。												
	令和	年	月	日	事業所所在地								
	事業所名称				事業主氏名								

【受取代理人制度】

※出産予定日まで2カ月以内の方が対象

受取代理制度とは、出産予定日から2ヶ月以内の被保険者および被扶養者が、事前に「出産育児一時金の受取を分娩医療機関等に委任する」ことにより、出産育児一時金の額を上限として健保組合から分娩機関等へ出産費用を支払う制度です。
 ※受取代理制度を利用できる医療機関等は、厚生労働省へ届出を行った一部の医療機関等に限られます。



	R5.4.1~	R4.1.1 R5.3.31
産科医療補償制度加入医療機関等での出産	1児につき 50万円	1児につき 42万円
産科医療補償制度未加入の医療機関等での出産	1児につき 48.8万円	1児につき 40.8万円

※例：産科医療補償制度加入医療機関の場合