

出産育児一時金・出産育児付加金支給申請について

出産する分娩機関が「直接支払制度」あるいは「受取代理制度※」のどちらを導入されているかにより申請手続きが異なりますので、出産される際はまず分娩機関へご確認ください。

直接支払制度や受取代理制度を利用しない場合は、申請による償還払いとなります。

※「受取代理制度」は一部の小規模届出医療機関等に限られ、出産予定日の1ヶ月前までに事前申請が必要です。

① 被保険者(本人)、被扶養者(家族)が出産されましたら、以下の書類をご提出ください(申請書は次頁)

給付の対象となる出産には、妊娠4ヶ月(85日)以後の生産の他に、死産(流産)、人口妊娠中絶も含まれます。

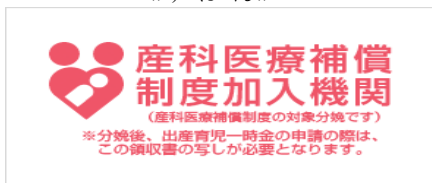
【提出書類】 出産育児一時金・出産育児付加金支給申請書

- 【添付書類】
- ①直接支払制度合意・非合意 文書の写し
 - ②出産費用の領収書及び明細書の写し(産科医療補償制度に加入している分娩機関で出産した場合は、その証明印(※)のある領収書が必要です)
 - ③出生証明の写し
 - ・生産の場合、a) 出生証明の写し、b) 申請書の「医師・助産師又は市区町村が証明するところ」に証明を受ける、c) 母子健康手帳の、市区町村からの「出生届出済証明」のある頁の写し、のいずれか1つ。
 - ・死産の場合、b) 医師・助産師の証明が必要です。

【提出先】 伊藤忠人事総務サービス(株)大阪支店 (任意継続の方は直接健康保険組合へ)

※産科医療補償制度に加入している場合は、領収、明細書等に所定のスタンプが押印されているか、ご確認ください。

《みほん》



② 乳児医療証(写し)の提出のお願い

お住まいの市町村で乳幼児医療助成制度(*1)の対象となられた方には、市町村より医療証が発行されますので、当組合まで医療証のコピーをご提出下さいますようお願い致します。

(健保組合にて付加給付制度(*2)と乳幼児医療助成制度による重複支給を避けるため)

*1 乳幼児医療助成制度

一般に 病院等で受診した際、3割(義務教育就学前迄は2割)を窓口にて支払いますが、自己負担額の一部(または全額)を免除される制度です。(市区町村によって所得制限等の条件がありますので、詳細についてはお住まいの市区町村へお尋ね下さい)。

*2 当組合の付加給付制度

医療費の1ヶ月(暦月)の自己負担額が2万円(医療機関毎、入院外来別、診療科別等)を超えた場合、医療機関からの請求を基に自動計算を行い、2万円を超えた額(100円未満切捨)を支給します。

被 保 険 者

健康保険

家 族

出産育児一時金・出産育児付加金支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の 記号と番号		事業所 名 称		課名 電話()	
	被保険者の氏名			被保険者の生年月日	昭・平 年 月 日 生	
	分娩年月日	平成・令和 年 月 日 生		生産・死産の別	生 産 死 産 (妊娠 週)	
	分娩した場所	医療施設等の名 称				
		医療施設等の所在地				
	配偶者及び家族の分娩 であるときはその者の氏名			生年月日	昭・平 年 月 日 生	
	出生児の氏名		続 柄	出生児が被保険者の被扶養で ある ・ ない (第 子) ないときはその理由 ()		
	上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 被保険者の住所 〒 - 被保険者氏名 _____ 印					
	振込銀行(退職後のみ記入) ※在籍者への給付は給与振込	銀行 支店 普・当 預金NO.		(フリガナ) 口座名		
	被保険者の個人番号 記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)					

※ 被扶養者認定後6ヶ月以内の出産の場合、以前加入していた健康保険組合等より以下の証明を受けてください。
証明が受けられない場合は、以下詳細をご記入ください。

元被保険者 組合員氏名	(旧姓)	資格取得年月日 平成・令和 年 月 日
記号・番号	資格の種類 本人・家族	資格喪失年月日 平成・令和 年 月 日
上記について出産育児一時金(出産費)を支給していないことを証明します。 令和 年 月 日		
扶養家族 確認印	保険者名称 所在地 連絡先	印

市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	分娩した年月日	令和 年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月 週)	
	出生児の数	単胎・多胎(児)	備 考		
	上記のとおり 相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 _____ 印				
	本 籍			筆頭者氏名	
	出生届日	令和 年 月 日	出生児氏名	出生年月日	令和 年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名 _____ 印					

*記入いただいた個人情報、保険給付の目的以外に使用いたしません。