

両面印刷で
出力してください

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金申請書 (受取代理用)

●申請は、出産予定日2カ月前～出産日までの間にしてください。

被保険者情報	被保険者証 記号	9	番号	99999	社員番号	9999999	
	氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子	自署	生年月日	昭和 平成	1年 5月 13日	
	住所	〒 999-9999 ○○県○○市○○町12-34				電話番号 (日中の連絡先)	999 (9999) 9999
	給付金の受領 について	右記に <input checked="" type="checkbox"/> および 日付を記入	<input checked="" type="checkbox"/>	給付金の受領を事業主に委任します。 (ウonnaナクール、ランジェノエル所属、任意継続者、 は不要です)		申請書 作成日	令和 4年 1月 23日
ウonnaナクール、ランジェノエルに所属されている方、任意継続者、資格喪失者(申請後に退職予定の方も含む)は、申請者名義の振込口座をご記入ください。							
金融機関	事業所がウonnaナクール、ランジェノエルの方、申請後退職する方、退職者(任意継続含む)は、 必ず口座を記入してください					支店	
預金種別	普通	口座	(右詰めで記入)		(カタカナ)		

申請内容	出産予定者	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	
	家族(被扶養者)の 場合はその方の	氏名	生年月日 昭和 年 月 日 続柄
	出産予定 年月日	令和 4年 3月 3日	出産予定児数 1 児
	出産予定 医療機関等	名称 ○○産婦人科医院	所在地 ○○県○○市○○町99-99
出産する方の 健保加入状況	●被保険者 ⇒ 当組合の資格喪失後、6ヵ月以内の出産ですか? <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
	●家 族 ⇒ 当組合に加入後、6ヵ月以内の出産ですか? 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。		
	●被保険者 ⇒ 現在加入している保険者について	保険者名	
●家 族 ⇒ 当組合加入前に加入していた保険者について	記号・番号		

受取代理人の欄 (医療機関)	被保険者である甲 (健保 花子) は、医療機関等である乙 (○○産婦人科医院) を代理人と 定め、次の権限を委任します。また、甲は、出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度を利用しません。 甲が請求する出産育児一時金等のうち、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。 ※上限50万円(産科医療補償制度に加入していない医療機関等で出産した場合は48万8千円)					
	令和 年 月 日					
	甲(被保険者)の住所 〒 999-9999 ○○県○○市○○町12-34					
	氏名 健保 花子 被保険者が記入					
乙(代理人)の所在地 〒						
名)						
受取代理人に対する支払						
金融機関	銀行コード					支店
預金種別	1.普通 2.当座 3.その他()	口座番号 (右詰めで記入)		口座名義 (カタカナ)		

●裏面を必ずご確認ください。

受付日付印

健保組合 使用欄	取得日	昭・平・令 年 月 日	喪失日	令和 年 月 日
	健康保険組合 使用欄			

▼▼▼ ご確認ください！ ▼▼▼

■ 受取代理制度

出産育児一時金等の受取代理制度とは、医療機関等が本人に代わって出産育児一時金を申請して受け取る制度です。これにより、出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度を利用できない小規模な医療機関等で出産する際にも、窓口での費用負担が軽減されます。

受取代理制度を利用する場合には、**事前に健康保険組合に申請**をおこなってください。なお、この受取代理制度についても、医療機関等によっては利用できない場合がありますので、事前に医療機関等へご確認ください。また、**出産後の申請は制度の対象外となります**ので、ご注意ください。

■ 対象者

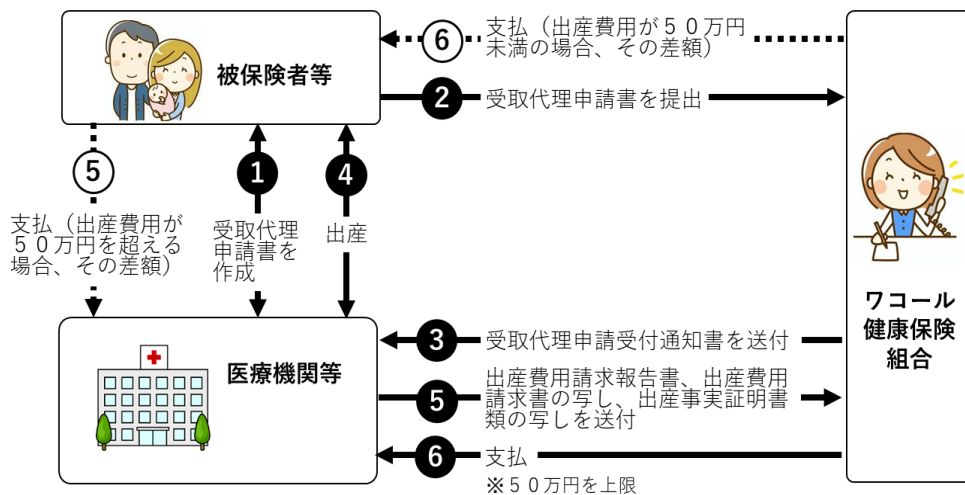
- ワコール健康保険組合加入者（被保険者および被扶養者）
- 出産予定日まで2ヵ月以内の者
- 直接支払制度を利用せず、受取代理制度を導入している医療機関等で出産を予定する者
- 被保険者期間が1年以上（任意継続期間を除く）ある退職者で、退職後6ヵ月以内に出産予定の被保険者

■ 申請方法

「出産育児一時金申請書（受取代理用）」（本紙）に必要事項（受取代理人となる医療機関等による記名・押印及びその他の必要事項の記載を含む）を記載の上、健康保険組合へ申請してください。[図①、②]

受取代理制度による出産育児一時金の申請が可能な方は、当該出産予定日まで2ヵ月以内の方に限られます。

※ 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。**当該制度の利用の可否については、出産を予定されている医療機関等へお尋ねください。**



■ 支給額

1児につき500,000円

※ 以下の場合には488,000円

- 「産科医療補償制度」に加入していない医療機関等での出産
- 妊娠12週（85日）経過後、22週未満の出産、死産等

産科医療補償制度 加入

■ 注意事項

- 受取代理人に定めた医療機関等以外で出産することになった場合は、速やかにワコール健康保険組合へ「出産育児一時金等受取代理申請取下書」を提出してください。また、新たに出産することになった医療機関等で受取代理制度を利用する場合には、改めて「出産育児一時金申請書（受取代理用）」を提出してください。
- 緊急搬送などにより、受取代理人である医療機関等以外で出産することになった場合で、上記の申請取下げおよび再申請の時間的余裕がない場合には、「受取代理人変更届」に必要事項（変更前および変更後の受取代理人である医療機関等による記名・押印およびその他必要事項の記載も含む）を記載のうえ、新たに受取代理人となる医療機関等を通じて、ワコール健康保険組合へ提出してください。
- 海外での出産は受取代理制度は利用できません。
- 出産費用が50万円（または48万8千円）未満である場合は、その差額を給与口座へ振り込みます。[図⑥]
※ 事業所がウナナクール、ランジェノエルの方、任意継続者、資格喪失者は指定口座へ振り込みます。

■ 提出先、お問い合わせ

ワコール健康保険組合 〒601-8530 京都市南区吉祥院中島町29 ☎0120-191095