

給付金支給決定決議書	常務理事	事務長	業務課長	係長	担当者	支給額	万	千	百	十	円
	資格取得	年 月 日					分娩年月日	令和	年	月	日
	資格喪失	年 月 日									

被保険者 出産育児一時金請求書（事前申請用）
家 族

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号番号	—			② 事業所の名称								
	③ 家族の分娩であるときはその者の	氏名				④ 妻が社会保険に加入していたときは妻の被保険者証（組合員証）の記号番号							
		生年月日	昭平	年	月		日						
	⑤ 出産予定日	令和		年		月		日	⑥ 続柄				※続柄不明の場合は「子」と記入して下さい。
	⑦ 入院する医療機関	名称					所在地						
⑧ 上記のとおり申請します。	郵便番号				—								
	令和	年	月	日	住所								
	被保険者（請求者）氏名												
	宮城県自動車販売健康保険組合 殿				TEL — —								

公金受取口座を希望する場合は□にチェックを入れて下さい。下記の記載は不要です。

甲 金 の 融 資 機 関	銀行名	銀行	本・支店	預金種別	普通預金・当座預金・貯蓄預金
	口座番号			預金者氏名	フリガナ

受 取 代 理 人 の 欄	甲()は、医療機関である乙()を代理人と定め、次の権限を委任します。										
	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(上限52万円(令和5年3月以前は44万円))の受領に関すること。										
	令和 年 月 日										
	甲(被保険者)の住所										
	氏名										
乙(代理人)の郵便番号 —											
所在地											
フリガナ											
電話 — —											

乙 金 の 融 資 機 関	銀行名	銀行	本・支店	預金種別	普通預金・当座預金・貯蓄預金
	口座番号			預金者氏名	フリガナ

◎記入については、裏面をご覧ください。

◎添付書類については裏面に記載してあります。必ずご覧ください。

被保険者の皆様に対する留意事項

1. この請求書による出産育児一時金の請求書による事前申請は、出産予定日まで1ヶ月以内であることとなっております。
2. この請求書を提出いただいた場合、出産予定の医療機関と宮城県自動車販売健康保険組合の間において、請求書の受付の有無、分娩に関する証明書及び分娩費用に関する情報の提供を行いますので、あらかじめご了承ください。標題の「被保険者」「家族」の文字は、いずれか該当する方を○で囲んでください。
3. この請求書を提出に当たっては、次の書類の写しを添付してください。
 - ・母子保健法第16条第1項の規定により交付された母子健康手帳その他出産予定日を証明する書類
4. ④の欄に、該当する場合には記号・番号を記入してください。

医療機関等の皆様に対する留意事項

1. この請求書を受け付けた時は、宮城県自動車販売健康保険組合から受付を行った旨連絡しますので、住所・名称・電話番号を記載してください。
2. 分娩し、分娩費用が確定した場合は、分娩費請求書及び出産証明書の写しを速やかに宮城県自動車販売健康保険組合へ提出してください。この場合、請求書を受付報告書に添付される用紙(分娩費請求書等(写し)の送付についても記入の上、送付してください。

被保険者・医療機関等の皆様に対する留意事項

1. この請求書による出産育児一時金の支払いは、次のとおりです。
 - (1) 医療機関等の出産に係る請求書が52万円(令和5年3月以前は44万円)以上である場合
出産育児一時金及び出産育児一時金付加金(2万円)の全額を医療機関等へお支払いします。
 - (2) 医療機関等の出産に係る請求書が52万円(令和5年3月以前は44万円)未満である場合
請求額として記載されている額を医療機関にお支払いし、その請求額と52万円(令和5年3月以前は44万円)との差額については、被保険者へお支払いします。

注意事項

1. 予定外の里帰り出産や、緊急分娩等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には速やかに健保組合に連絡してください。この場合には、現行の償還払いによる支払いに変わりますので、出産育児一時金請求書による請求となります。