

支給決議書	資格取得	年 月 日	支給額	常務理事	事務長	課長	係長	担当者	
	資格喪失	年 月 日	被保険者	出産育児一時金					
			被扶養者						
			被保険者	出産育児附加金					
	被扶養者								

## 健康保険 被保険者・被扶養者 出産育児一時金 支給申請書

被保険者（申請者）が記入するところ	① 被保険者の記号・番号	記号 番号	② 事業所名称 所在地						
	③ 被保険者（申請者）の氏名			住所					
	④ 被扶養者が出産した時	氏名			生年月日	年	月	日	
	⑤ 出産年月日	年	月	日	⑥ 生産・死産の別 <input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産（妊娠 週）	⑦ 出生児数	人	⑧ 死産児数	人
	⑨ 出産した医療機関等	名称			所在地				
	⑩ 出生児の氏名	フリガナ							
			※死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、記載は不要です。						
	⑪ 退職等により当組合の資格を喪失後6ヶ月以内の被保険者が出産した場合	現在の保険者名		記号		番号		⑬ 同一の出産について⑪又は⑫の保険者より出産育児一時金を	
	⑫ 当組合に加入後6ヶ月以内の被扶養者が出産した場合	前の保険者名		記号		番号		<input type="checkbox"/> 受給した／受給予定 <input type="checkbox"/> 受給しない	

医師が記入するところ 市区町村長	出産者の氏名			出産年月日	年	月	日
	生産・死産の別	生産	死産（妊娠 週）	出生児数	人	死産児数	人
	上記のとおり相違ないことを証明します。		医師 所在地				
年 月 日		助産師 名称					
		市区町村長 氏名					
⑭ <市区町村長が証明した場合のみ押印をお願いします。>							

マイナポータル等で事前登録した「公的給付等を受け取るための口座（公金受取口座）」を利用します。（利用する場合は☑）

注）口座情報の反映には登録から数日を要します。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。

受取代理人の欄	上記のとおり申請します。	住所	銀行店	
	年 月 日 被保険者（申請者）氏名	電話番号	預金種別	
	山形県自動車販売健康保険組合 理事長 殿		口座名義	
			口座番号	
	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	住所	受付日付印	
	年 月 日			
	被保険者（申請者）氏名	代理人（口座名義人）氏名		
		電話番号		

裏面もご覧下さい。

## <添付書類>

1. 医療機関等より交付される出産費用の領収・明細書のコピーを添付して下さい。

※産科医療補償制度加入機関で分娩した場合、「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言が明記されている領収・明細書を添付して下さい。

2. 「直接支払制度を利用することに合意しません」という文書のコピーを添付して下さい。

## <注意事項>

1. 直接支払制度に合意しなかった方が出産育児一時金を請求する時に使用する申請書です。
2. 医師・助産師・市区町村長が証明するところの欄は、市区町村長が証明した場合のみ押印が必要です。
3. 直接支払制度に合意している方へは後日、出産育児一時金支給決定通知書を送付します。差額支給がある方については、支給決定通知書と一緒に出産育児一時金差額申請書を送付しますので、この請求書は使用しないで下さい。
4. 原則、事業所を通して支給いたしますので、払渡希望銀行は記入不要です。受取代理人の欄を忘れずに記入お願いいたします。
5. 被保険者資格喪失後等の理由で、被保険者（申請者）へ直接支給する場合は、公金受取口座を利用又は払渡希望銀行を記入していただき、受取代理人の欄は記入不要です。

### 直接支払制度とは…

被保険者等が医療機関等との間に出産育児一時金等の支給申請と受取にかかる代理契約を締結した上で、その医療機関等が被保険者等に代わって、出産育児一時金等の支給額を限度として、支払機関を通じて保険者へ申請しそれを受け取るという仕組みです。

被保険者等が窓口で出産費用をできるだけ現金で支払わなくても済むようにすることを目的として実施されています。

