

出産育児一時金（付加金）の申請手続きについて

※「直接支払制度」と「受取代理制度」の詳細については、当健康保険組合のホームページ（出産したとき）をご覧ください。

1. 出産する分娩医療機関で「直接支払制度」を利用されていない場合は、「出産育児一時金（付加金）請求書」に分娩費用の「領収書」を添付して当健康保険組合あて申請してください。
2. 出産する分娩医療機関で「受取代理制度」を利用されていない場合は、「出産育児一時金（付加金）請求書」と分娩費用の「領収書」を添付して当健康保険組合あて申請してください。
3. 「直接支払制度」または「受取代理制度」を利用された場合は、当健康保険組合独自の付加金は、分娩医療機関からの報告に基づきお支払しますので、「出産育児一時金（付加金）請求書」の申請は不要となります。

| | |
|--------|------------------------|
| 受付年月日 | 年 月 日 |
| 伺年月日 | 年 月 日 |
| 決裁年月日 | 年 月 日 |
| 支給額 | 円 |
| 支給内訳 | 出産育児一時金 円 出産育児付加金 円 |
| 標準報酬月額 | 円 (第 級) |

| 支給支払決議書 | | | |
|---------|-------|---|--|
| 常務理事 | 事務長 | 係 | |
| | | | |
| 資格取得 | 年 月 日 | | |
| 資格喪失 | 年 月 日 | | |
| 支払年月日 | 年 月 日 | | |

被保険者
家族

出産育児一時金(付加金)請求書

| | | | | | |
|---------------------------|--|-------------------------|----------------------------------|-------------------|-------|
| (1) 被保険者の記号・番号 | | (2) 事業所の名称 | | (3) 被保険者の標準報酬月額 | 円 |
| (4) 被保険者の氏名 | | | | (5) 被保険者の生年月日 | 年 月 日 |
| (6) 分娩年月日 | 年 月 日 | | | (7) 死亡のときは その旨 | |
| (8) 分娩した場所 | 医療施設等の名称 | | | | |
| | 医療施設等の所在地 | | | | |
| (9) 配偶者の分娩であるときはその氏名・生年月日 | | | | 年 月 日 | |
| (10) 出生児の氏名 | | | | (11) 出生児の生年月日 | 年 月 日 |
| (12) 出生児が被扶養者かどうか | 被扶養者で <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない | (13) 出生児が被扶養者でないときはその理由 | | | |
| (14) 他制度から給付を受けているかどうか | <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない | | | | |
| (15) 振込希望の銀行 | 銀行 | 支店 | 普通 <input type="checkbox"/> 当座) | | |
| (16) 備考 | | | | | |

上記のとおり申請します。

年 月 日

被保険者の住所

被保険者の氏名

(印)

日本トランシスティ健康保険組合理事長 殿

| | | | | |
|---|------------|---|-------------------------------|--|
| 医師、 助産婦 長が 証明 する 欄 又は 市区 町 村 | (17) 分娩年月日 | 年 月 日 | (18) 生産・死産の別 (妊娠第 月 又は第 週) | <input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 |
| | (19) 出生児の数 | <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 | (児) | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座) |
| 年 月 日 | | | | |
| 医療施設の名称・所在地 | | | | |
| 医師・助産婦名 | | | | |
| 市区町村長名 | | | | |

※産科医療補償制度に加入する医療機関等の医学的管理下において在胎週数22週に達した日以後に出産した場合の法定給付の額は、50万円になります。

(日本医療機能評価機構の発行する所定の印を押印してください。)