

## 出産育児一時金申請書 ～事業主の方へ～

ベネッセグループ 健康保険組合

### 支給日

当健保組合では、毎月4回、支払日を設けております。(5日頃、15日頃、25日頃、月末頃)  
振込を希望される支払日の10営業日前までに健保組合へ申請書が到着することが必要です。  
支給・不支給決定後は、「支給決定通知書」「不支給決定通知書」を自宅へお送りしております。

※現在、ほとんどの方が、分娩時、出産費用から「出産育児一時金」の金額を差し引いた金額を医療機関で支払えばよいという「直接支払制度」を利用されています。

(「出産育児一時金」は分娩時に給付したことになります)

「直接支払制度」の手続きは医療機関窓口でしていただきます。(健保への手続きは不要)

出産育児一時金申請も不要となります。

### 【出産育児一時金を請求できる方】

現在では、直接支払制度が導入され、出産育児一時金を請求できる方はほとんどいなくなりました。

請求があった場合は、添付書類より、請求できるか否かをあらかじめ確認してから健保組合へお送りください。

- ①医療機関が「直接支払制度」を実施していない場合
- ②医療機関との間で、「直接支払制度」に合意しない場合
- ③医療機関との間で、「直接支払制度」に合意しているが、出産費用が法定給付額(双子の場合は2倍)未満である場合。

※③の場合、該当の方へ、出産から約2ヶ月後に各会社・団体経由で「出産育児一時金差額申請書」を送付しています。その申請書で請求いただければ、医師証明・添付書類は不要となります。

### 【添付書類】

- 医療機関との「合意文書」・「費用内訳明細書(写し)」(総額が記載された領収明細書：産科医療補償制度加入機関の場合はそれを証明するスタンプ押印があること)

【振込希望銀行】 ※記載誤りの場合は決定振込日より遅くなります。

- 被保険者本人(当健保組合グループ会社でお勤めの方) 名義の口座になっているかどうか確認ください。

(家族名義になっていることが多々あります)

記載不備の場合に備え、給与振込と同じ口座を指定されることをおすすめします。

ゆうちょ銀行振込希望の場合は、通帳表紙の裏面コピーが必要です。

### 【被保険者の住所・氏名・印】

- 被保険者本人(当健保組合グループ会社でお勤めの方) の郵便番号・住所・氏名・押印を確認ください。

(家族氏名になっていることが多々あります)

記載のない場合、不備の場合は、「支給決定通知書」を自宅へ送付できません。(事業所経由でお送りします)

### 【その他】

- 「控え」が必要な場合は事前にコピーをとっておいてください。

振込完了後はコピーをとることができません。

- 健保組合への問い合わせは、必ず、「被保険者証の記号・番号・氏名」で照会ください。

本人 家族 出産育児一時金申請書

被保険者証の 記号番号	999 - 1234	事業所の 名称	〇〇株式会社 (退職後の場合は在職中の会社を記入)		
被保険者の 氏名	(被保険者本人様) 健保 花子		被保険者の 生年月日	(和暦) 昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日	
被扶養者の分娩 であるときはそ の者の氏名	被扶養者 氏名	当健保組合の被保険者証に入 っている被扶養者の分娩の場 合、被扶養者名を記入	被扶養者 生年月日	(和暦) 昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日	
分娩年月日	(和暦) 平成〇〇年 〇〇月 〇〇日		死産のとき はその旨		
分娩した場所	医療機関等 の名称	〇〇〇〇産婦人科クリニック			
	医療機関等 の所在地	〒××× -×××× 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1			
出生児の 氏名	△△		出生児の 生年月日	(和暦) 平成〇年 〇月 〇日	
出生児が被扶 養者かどうか	被扶養者で ある ない	出生児が被扶養者で ないときはその理由		配偶者の扶養になるため	
他健保(国保)から同様の給付を受けている (受ける予定) かどうか (必回答)		受けている (受ける予定) ・ 受けていない (受けない)			
振込希望銀行	〇〇 銀行 ×× 支店 (普通・当座) No. □□□□□□ カナメイギ (ケンボ ハナコ) (支店番△△△) ※被保険者本人名義の口座 (家族不可) ※ゆうちょ銀行希望の場合は通帳表紙の裏面コピーを添付				
備考					
ベネッセグループ健康保険組合理事長 殿			(記入日)		
上記のとおり出産育児一時金を請求いたします。			平成〇年 〇月 〇日		
被保険者の住 所	〒××× -×××× 〇〇県〇〇市・・・・		印		
氏名	健保 花子		印		
電話番号	(×××-×××-××××)				

※在職中の方は現在お勤めの各会社・団体の人事へ、退職後の方は、直接健保組合へご提出ください。

※ 医師・助産師 又は市区町村長いずれかで証明を受けてください。

医師・助産師 の証明	分娩年月日	(和暦) 平成〇年 〇月 〇日	生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第40週)	
	出生児の数	単胎・多胎 (児)	産科医療補償制度加入機関の有無	有・無	
	上記のとおり相違ないことを証する。		(証明日)	年 月 日	
市区町村長 の証明	医療施設の名称	〒××× -×××× 〇〇県〇〇市・・・・ 〇〇産婦人科クリニック			
	所在地	〇〇産婦人科クリニック			
	医師・助産師名	△△ △△		印	
電話番号	(〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)				
市区町村長 の証明	本籍	筆頭者氏名			
	出生届提出日	年 月 日	出生児氏名	出生年月日	年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証する。		市区町村長名 年 月 日 印		

添付書類 医療機関との「合意文書」・「費用内訳明細書写し」(産科医療補償制度加入機関においてはその証明印要)