支給決定伺	資格	各取	得		年	F		日 木	票準	車報	酬	等級		級	支給決定	包	年	1	月		日
	資格	各喪	失		年	F		日	及	び	金	額		千円	支払決定	包	年	i.	月		日
				出產	至育児-	一時金	定及び	同付	加金	金支	え給	額	備	考	理事長	常務理	事 事	事 務	長	担	当 者
	法员	已給	付					-				円									
	付	加	金									円									
	合		計			x						円				*					

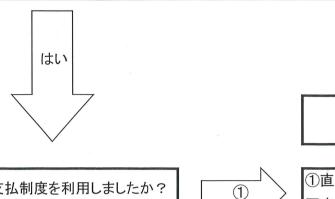
被保険者 家 族 出産育児一時金及び同付加金請求書

	家族四座月九 时亚及0时的加亚明小自								
	被保険者証 被保険者氏名 事業所	の名称							
	記 号 番 号								
被保	出産年月日 年 月 日 生産・死産の別 生産・死								
険	出産した者 出生児の の 氏名 数	週 間) 人							
者の	出生児の氏名 続柄 及び続柄	続柄							
記	出生児が 被扶養者で かどうか ある 被扶養者で ないときはその理由								
入 欄	上記のとおり請求いたします。 日 神保险表 住所								
	日 被保険者 住所 								
	日本触媒健康保険組合理事長 殿 電話番号 () 番							
医師	出産年月日 年 月 日 左記のとおり相違ないことを証 年 月	:明します。 日							
の記入	生産・死産 生産・死産 の別 (妊娠 週) 医師住所								
欄	出生児の数 単胎・多胎(人) 助産婦 氏名								
	日本触媒健康保険組合より支給される (^{被保険者} _{家 族}) 出産育児一時金	資格喪失者には銀行振込します							
委	及び同付加金の受領に関する一切の権限を下記の者に委任いたします。 氏 名	口座名義人							
任	上記委任を受任いたします。								
114	被委任者住所	支 店							
状	氏 名	普通・当座							
	日本触媒健康保険組合理事長 殿	No.							

出産育児一時金を申請される方へ

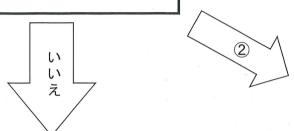
1.下記の事項をよくお読みになって申請してください。

妊娠4ケ月(85日)以上経過した出産(死産・流産・人工中絶を含む)ですか?



①直接支払制度を利用しましたか?

②受取代理制度を利用しますか?



①直接支払制度利用の場合 医療機関が代理請求をします。 請求の必要はありません。

いいえ

妊娠4ヵ月(85日)未満は 請求できません。

②受取代理制度利用の場合 事前申請が必要です。受取代理用支 給申請書に母子手帳の写しを添付し て健保へ直接提出してください。

申請手続きをしてください。

- ・在職者の方は請求書を所属の総務人事部門へ提出してください。
- ・任意継続の方は当健康保険組合へ直接提出してください。

受取代理制度を利用で きるのは制度導入を届 出ている小規模な医療 機関に限ります。

2.必要書類

出産育児一時金請求書+直接支払制度合意文書の写し+領収書・明細書の写し+出生証明書

3.注意事項

- ・請求書の締め切りは毎月25日健保着です。
- 申請された出産育児一時金は当組合が受付をした翌月に支給しますが、健康保険法にもと づいた審査等のために日数がかかることがあります。
- ・流産・死産等になったとき、妊娠12週を経過している場合は、通常の出産と同様に支給され ます。ただし、22週未満の場合は48.8万円の支給となります。
- 流産・死産等になったとき、出生児の氏名の記載は不要です。
- · 帝王切開等高額な保険診療が必要とわかった方は、「限度額適用認定証」の交付申請をし てください。窓口での負担が所得区分に応じた自己負担限度額までとなります。

支給額、支給の条件についての詳細は健保ホームページをご確認ください。