4－6 出産したとき

被保険者…『出産育児一時金』被扶養者…『家族出産育児一時金』

(1)出産育児一時金、家族出産育児一時金

○被保険者が出産したときは「出産育児一時金」、被扶養者が出産したときは「家族出産育児一時金」が支給されます。
○妊娠４ヵ月以上であれば、死産、流産、早産、人工妊娠中絶の場合でも支給されます。
○出産後の申請・支給となるため、分娩機関の窓口で一時的に多額の出産費用を立て替え払いすることになりますが、この経済的負担を軽減するしくみとして出産育児一時金の「直接支払制度」、「受取代理制度」が利用できます。これらの制度を利用すると、窓口での支払い額は、出産費用から出産育児一時金の支給額を差引いた額で済むようになります。
なお、出産費用が出産育児一時金の支給額より少ない場合は、差額が当組合から被保険者へ支給されます。

(2)直接支払制度

○出産育児一時金の支給申請及び受取を、被保険者に代わって分娩機関が行います。
○被保険者が、出産予定の分娩機関で合意文書を取り交わすだけで済み、当組合への申請は不要です。
※出産費用が出産育児一時金の額より少ない場合、その差額は当組合から被保険者の申請に支給されますので、申請してください。

(3)受取代理制度

○出産育児一時金の受取を、分娩医療機関が被保険者に代わって行います。
○被保険者が、出産予定の分娩機関を出産育児一時金の受取代理人とする申請書を、出産前に当組合へ提出します。
※受取代理制度は、直接支払制度への対応が困難で、厚生労働省へ届出を行った一部の医療機関等でのみ利用できます。
※出産費用が出産育児一時金の額より少ない場合、その差額は「出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)」に記載された申請者（被保険者）の口座に支払われます。

(4)支給額

○「出産育児一時金」・「家族出産育児一時金」 50 万円
※多胎児を出産したときはその出生児の人数分
※産科医療補償制度加算対象分娩でないときは 48.8 万円

《産科医療補償制度》
・産科医療補償制度とは、通常の妊娠・分娩にもかかわらず生まれた子どもが脳性麻痺を発症した場合に、補償金が支払われる制度です。
・産科医療補償制度に加入している医療機関で出産する場合（死産を含む、在胎週数 22 週以上の場合）はこの制度の対象となり、医療機関より「登録証」が交付されます。

(5)提出書類

○出産育児一時金一覧表のとおり

(6)添付書類

○出産育児一時金一覧表のとおり

(7)時効

○出産した日の翌日から２年

※出生児が被保険者の被扶養者となる場合は「健康保険被扶養者登録申請書」（1-4-7 参照）を提出してください。

※育児専門月刊誌をご希望の場合は「赤ちゃんと！申込書」(8-6-2 参照)を提出してください。

記入上のポイント

・続柄は「子」ではなく、「長男」「長女」等、具体的に記入してください。

・出生児が複数の場合は、それぞれの名前と続柄を記入してください。
（多胎児の場合も、申請書は１枚で結構です。）

・被扶養者の出産が、当組合の被扶養者認定日から 6 ヵ月以内の場合は、被扶養者認定日以前に加入していた健康保険組合について記入してください。
（当組合の被扶養者認定日以前に加入していた他の健康保険組合から支給を受ける場合には、当組合からは支給されません。）

出産育児一時金一覧表

内 容	当健保組合への提出書類		添付書類
直接支払制度を利用する場合	出産前	なし	
	出産後 (出産費用が支給額より多い場合)	なし	
	出産後 (出産費用が支給額より少ない場合)	○「被保険者・家族出産育児一時金内払支払依頼書・差額請求書」	○直接支払制度合意文書(写) ○出産費用領収明細書(写) ※専用請求書の内容と相違ない旨が記載されたもの
受取代理制度を利用する場合	出産前 ※出産予定日まで2ヵ月以内の方	○「出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)」 ※医療機関等より当組合へ直接提出されることもあります。	○母子健康手帳(写) ※出産予定日が確認できるもの
	出産後 (出産費用が支給額より多い場合)	なし	
	出産後 (出産費用が支給額より少ない場合)	なし	
どちらの制度も利用しない場合	出産前	なし	
	出産後	○「被保険者・家族出産育児一時金請求書」	○領収・明細書(写) ※産科医療補償制度加入医療機関のスタンプが押されたもの(加算対象分娩でない場合はスタンプ不要) ○直接支払制度合意文書(写) ※直接支払制度を利用していないことがわかるもの

出産育児一時金請求書(被保険者)

記入例：被保険者

☑ 被保険者
□ 家　　族

出産育児一時金請求書

西武健康保険組合理事長　殿　　No.

被保険者記入欄	被保険者等	記号	100	番号	12345-00
	被保険者の	会社名	○○○株式会社	所属	○○部
		氏名	西武　花子		
		住所	(〒○○○-○○○○) ○○県○○市○○町○○番地○○ (TEL ○○-○○○○-○○○○)		
		生年月日	昭和・平成(○)・令和 6年 9月 13日	資格取得日	昭和・平成(○)・令和 28年 4月 1日
	被扶養者が出産したときはその方の	氏名		続柄	
		生年月日	昭和・平成 年 月 日	被扶養者認定日	昭和・平成・令和 年 月 日
	出産年月日		令和 5年 3月 14日 (死産のとき 妊娠　ヵ月)		
	出産した医療施設(医療機関)の	名称	○○産婦人科医院		
		所在地	○○県○○市○○町○○番地○○		
	同一の出産について他健保等からの出産育児一時金を		☑ 受給しない　□ 受給した・受給予定		

振込金融機関	銀行名	支店名	口座種目	口座番号(右詰めで記入)	口座名義(カタカナ)
	○○○ 銀行(○)・信用金庫・信用組合・農協	○○○○ 本店(○)・支店・出張所	1 普通(○)・2 当座	○○○○○○○	セイブ　ハナコ
	ゆうちょ銀行	通帳記号 1 0	通帳番号 1		口座名義(カタカナ)

証明欄(どちらか一方で可) 医師・助産師	出産した年月日	令和 5年 3月 14日	出産または死産の別	出産(○)・死産 (妊娠　ヵ月)	
	出生児の数	単胎(○)・多胎 (　児)	備考		
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 5年 3月 20日 医療施設(医療機関)の名称 ○○産婦人科医院 医療施設(医療機関)の所在地 ○○県○○市○○町○○番地○○ 医師・助産師氏名 ○○　○○				
市区町村長	本籍		筆頭者氏名		
	届出年月日	令和　年　月　日	出生児氏名	出生年月日	令和　年　月　日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和　年　月　日　市区町村長名　㊞				

【添付書類】
下記の□にチェックし、一緒にご提出ください。
☑『領収・明細書』(写)
※産科医療補償制度に加入している医療機関で出産した場合、加算対象分娩であることを証する印のあるもの
☑『直接支払制度合意文書』(写)

押印欄	事業所	印　印　印	所属	印　印　印	

健保受付年月日

K06-202504

出産育児一時金請求書（家族）

記入例：被扶養者

☐ 被保険者
☑ 家族　　出産育児一時金請求書

西武健康保険組合理事長 殿　　No.

被保険者記入欄	被保険者等	記号	100	番号	12345-00
	被保険者の	会社名	○○○株式会社	所属	○○部
		氏名	西武　太郎		
		住所	（〒○○○-○○○○）○○県○○市○○町○○番地○○（TEL ○○-○○○○-○○○○）		
		生年月日	昭和・平成 5 年 10 月 3 日	資格取得日	昭和・平成・令和 27 年 4 月 1 日
	被扶養者が出産したときはその方の	氏名	西武　保子	続柄	妻
		生年月日	昭和・平成 6 年 5 月 22 日	被扶養者認定日	昭和・平成・令和 元 年 11 月 7 日
	出産年月日		令和 5 年 3 月 14 日（死産のとき 妊娠　ヵ月）		
	出産した医療施設（医療機関）の	名称	○○産婦人科医院		
		所在地	○○県○○市○○町○○番地○○		
	同一の出産について他健保等からの出産育児一時金を		☑ 受給しない　☐ 受給した・受給予定		

振込金融機関	銀行名	支店名	口座種目	口座番号（右詰めで記入）	口座名義（カタカナ）
	○○○ 銀行・信用金庫・信用組合・農協	○○○○ 本店・支店・出張所	1 普通・2 当座	○○○○○○○	セイブ　タロウ
	ゆうちょ銀行	通帳記号 1 0	通帳番号 1		口座名義（カタカナ）

証明欄（どちらか一方で可）					
医師・助産師	出産した年月日	令和 5 年 3 月 14 日	出産または死産の別	出産・死産（妊娠　ヵ月）	
	出生児の数	単胎・多胎（　児）	備考		
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 5 年 3 月 20 日 医療施設（医療機関）の名称 ○○産婦人科医院 医療施設（医療機関）の所在地 ○○県○○市○○町○○番地○○ 医師・助産師氏名 ○○　○○				
市区町村長	本籍		筆頭者氏名		
	届出年月日	令和　年　月　日	出生児氏名	出生年月日	令和　年　月　日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和　年　月　日　市区町村長名　㊞				

【添付書類】
下記の☐にチェックし、一緒にご提出ください。
☑『領収・明細書』（写）
※産科医療補償制度に加入している医療機関で出産した場合、加算対象分娩であることを証する印のあるもの
☑『直接支払制度合意文書』（写）

押印欄	事業所	印　印　印	所属	印　印　印

健保受付年月日

K06-202504

出産育児一時金内払金支払依頼書・差額請求書（被保険者）

記入例：被保険者

☑ 被保険者
☐ 家族

出産育児一時金内払金支払依頼書・差額請求書

西武健康保険組合理事長　殿　　No.

被保険者記入欄	被保険者等	記号	100	番号	12345-00
	被保険者の	会社名	○○○株式会社	所属	○○部
		氏名	西武　花子		
		住所	（〒○○○－○○○○） ○○県○○市○○町○○番地○○ （TEL ○○－○○○○－○○○○）		
		生年月日	昭和・平成 6 年 9 月 13 日	資格取得日	昭和・平成・令和 28 年 4 月 1 日
	被扶養者が出産したときはその方の	氏名		続柄	
		生年月日	昭和・平成 年 月 日	被扶養者認定日	昭和・平成・令和 年 月 日
	出産年月日		令和 5 年 3 月 14 日　（死産のとき　妊娠　ヵ月）		
	同一の出産について他健保等からの出産育児一時金を		☑ 受給しない　☐ 受給した・受給予定		

振込金融機関	銀行名	支店名	口座種目	口座番号（右詰めで記入）	口座名義（カタカナ）
	○○○ 銀行・信用金庫・信用組合・農協	○○○○ 本店・支店・出張所	1 普通　2 当座	○○○○○○○	セイブ　ハナコ
	ゆうちょ銀行	通帳記号 1 0	通帳番号 1		口座名義（カタカナ）

【添付書類】

下記の☐にチェックし、一緒にご提出ください。

☑『領収・明細書』（写）

※専用請求書の内容と相違ない旨が記載されたもの、および産科医療補償制度に加入している医療機関で出産した場合、加算対象分娩であることを証する印のあるもの

☑『直接支払制度合意文書』（写）

押印欄	事業所	印　印　印	所属	印　印　印

健保受付年月日

K20-202504

出産育児一時金内払金支払依頼書・差額請求書（家族）

記入例：被扶養者

☐ 被保険者
☑ 家族　出産育児一時金内払金支払依頼書・差額請求書

西武健康保険組合理事長　殿　　No.

被保険者記入欄	被保険者等	記号	100	番号	12345-00
	被保険者の	会社名	○○○株式会社	所属	○○部
		氏名	西武　太郎		
		住所	（〒○○○－○○○○） ○○県○○市○○町○○番地○○ （TEL ○○－○○○○－○○○○）		
		生年月日	昭和 (平成) 5 年 10 月 3 日	資格取得日	昭和 (平成) 令和 27 年 4 月 1 日
	被扶養者が出産したときはその方の	氏名	西武　保子	続柄	妻
		生年月日	昭和 (平成) 6 年 5 月 22 日	被扶養者認定日	昭和・平成 (令和) 元 年 11 月 7 日
	出産年月日		令和 5 年 3 月 14 日　（死産のとき　妊娠　ヵ月）		
	同一の出産について他健保等からの出産育児一時金を		☑ 受給しない　☐ 受給した・受給予定		

振込金融機関	銀行名	支店名	口座種目	口座番号（右詰めで記入）	口座名義（カタカナ）
	○○○ (銀行) 信用金庫 信用組合 農協	○○○○ 本店 (支店) 出張所	(1) 普通 2 当座	○○○○○○○	セイブ　タロウ
	ゆうちょ銀行	通帳記号	通帳番号	口座名義（カタカナ）	
		1 0	1		

【添付書類】

下記の☐にチェックし、一緒にご提出ください。

☑『領収・明細書』（写）

※専用請求書の内容と相違ない旨が記載されたもの、および産科医療補償制度に加入している医療機関で出産した場合、加算対象分娩であることを証する印のあるもの

☑『直接支払制度合意文書』（写）

押印欄	事業所	印　印　印	所属	印　印　印

健保受付年月日

K20-202504

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

(様式1)

(あて先) 西武健康保険組合

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

申請者(被保険者、世帯主又は組合員)が記入するところ

被保険者等	記号	101	番号	10001	
申請者(被保険者、世帯主又は組合員) ※「申請者」は健康保険・船員保険の場合は被保険者、国民健康保険の場合は世帯主又は組合員となります。	氏名	(フリガナ) セイブ タロウ 西武 太郎			
	住所	〒 000-0000 (フリガナ) トシマクミナミイケブクロ 豊島区南池袋1－1－1 電話 03 (1234) 5678			
	生年月日	昭和・平成(○) 2 年 5 月 1 日			
出産予定日・数	令和 3 年 9 月 21 日 単(○)・多(胎)				
出産予定者 ※申請者と同一の場合は不要です	氏名	(フリガナ) セイブ ハナコ 西武 花子			
	生年月日	昭和・平成(○) 3 年 6 月 1 日			
出産予定医療機関等	名称	(フリガナ) セイブサンフジンカ 西武産婦人科			
	所在地	〒 000-0000 (フリガナ) トコロザワシクスノキダイ 所沢市くすのき台2－2－2			

申請者に対する支払金融機関	○○○ 銀行(○)・金庫・信組				○○○ 店・本店・支店(○)・出張所	
	預金種別	1:普通(○) 2:当座	口座番号	○○○○○○○	口座名義	(フリガナ) セイブ タロウ 西武 太郎

申請者又は出産予定者が出産予定日から6ヵ月以内に健康保険又は船員保険の資格を既に喪失している場合は、以下のいずれかに記載をお願いします。

※ 健康保険法第106条又は船員保険法第73条の規定により、1年以上健康保険又は船員保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6ヵ月以内に出産された場合、資格を喪失した最後の保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。

申請者本人の退職等により、健康保険又は船員保険の被保険者資格喪失後、6ヵ月以内に出産することによる申請である場合、資格喪失後に加入している保険者名と記号・番号	保険者名			
	記号		番号	
申請者本人の家族が被扶養者認定後、6か月以内に出産することによる申請である場合は、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号	保険者名	○○○健康保険組合		
	記号	○○○○	番号	○○○○

受取代理人の欄

申請者(西武 太郎)(以下「甲」という。)は、医療機関等である(西武産婦人科)(以下「乙」という。)を代理人と定め、次の権限を委任します。また、甲は、出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度は利用しません。

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※の受領に関すること。

※ 出産育児一時金等の支給額(保険者が出産育児一時金等に係る付加給付を行う場合には、付加相当額を含む)を上限とする。

令和 3 年 10 月 25 日

甲の住所 豊島区南池袋1－1－1

氏名 西武 太郎

乙の所在地 所沢市くすのき台2－2－2

名称 西武産婦人科 電話 04 (1234) 5678

受取代理人に対する支払金融機関	○○○ 銀行(○)・金庫・信組				○○○ 店・本店・支店(○)・出張所	
	預金種別	1:普通(○) 2:当座	口座番号	○○○○○○○	口座名義	(フリガナ) セイブサンフジンカ 西武産婦人科

(備考欄)

提出時には、母子健康手帳の写し(出産予定日が確認できるもの)を添付してください

K22-202504