【出産育児一時金受取代理制度について】

出産一時金は、出産後に健康保険組合に請求するものですが、医療施設等を受取代理人として事前申請することで、健康保険組合が医療施設等に対して出産一時金を支給する制度があります。利用可能な医療施設等は限られますが、この制度を利用することにより医療施設等の窓口で負担する出産費用を軽減することができます。

【対象者】 出産時に当組合の健康保険組合に加入している被保険者・被扶養者

【提出について】 出産予定日の2か月前から申請が可能です。

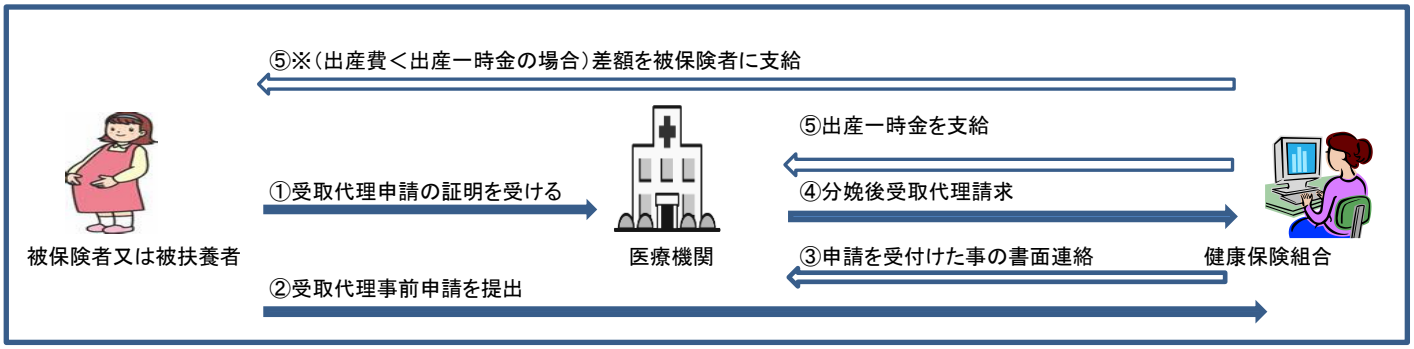
【注意事項】

※1、海外の医療施設等で出産される場合は、この制度をご利用できません。

※2、受取代理人として指定した医療施設以外で出産することとなった場合は速やかに当組合まで連絡ください。

※3、受取り代理の取扱いは、利用可能な医療施設等が限定されること、また被保険者および医療施設等の間で当事者の任意による代理契約により成立するものであることから出産予定の医療施設等の同意が必要でありすべての医療施設等で利用できるとは限りません。

【手続きの流れ】



記入上の注意	消せるボールペン、修正テープ（液）は使用できません。 訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し正しい内容をその上に記入し記入者のサイン又は印を押してください。

記入見本

健康保険　被保険者　被扶養者

出産育児一時金請求書【受取代理申請用】

委任者（本人）の記入欄

令和 ○ 年 ○○ 月 ○ 日

被保険者等の	被保険者（請求者）の氏名	生年月日	所属（店部）コード
記号 1　番号 234567	健保 太郎	昭和 平成 令和 7 年 7 月 7 日	千代田店（00000）

被保険者の住所	〒 102 － 8450　千代田区二番町８－８　（日中連絡が取れる番号）TEL 03-6238-2858
出産予定者の氏名等（※請求者と同一の場合は記入不要）	（氏名）健保 花子　（続柄）妻　生年月日 昭和 平成・令和 7 年 11 月 7 日
出産予定医療機関名	（病院名）○○○○産婦人科　（病院所在地）千代田区二番町○－○
出産予定年月日	令和 ○ 年 ○○ 月 ○ 日 出産予定日

【※次のⒶまたはⒷのどちらかに該当する方は下記をすべて記入してください。】

Ⓐ出産した被扶養者（家族）が、保険証記載の扶養認定日から6か月以内に出産した場合→当組合の前の保険を記入

Ⓑ被保険者（本人）だった方が資格喪失（退職等）後6か月以内に出産した場合→現在加入している保険を記入

①加入先保険の名称	国民健康保険
②加入先保険の所在地等	〒 102 － ○○○○　東京都千代田区区役所　TEL 03－○○○○－○○○○
③被保険者等の記号・番号	記号 ○○○○　番号 ○○○○○○○○　④被保険者氏名 健保 花子
⑤加入（資格取得）年月日	昭和・平成・令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日　⑥脱退（資格喪失）年月日 平成・令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

⑦照会・振込口座に関する同意欄

☑ 私は、出産一時金請求書を行い、回答・提供が医療機関等に対し照会

☑ 他の給付金同様、出産が生じた場合の振込までの時間が短縮されます。

□ マイナポータル等で申

給与口座を利用する場合は記入不要

注1）口座情報の反映には登録から時間を要し振込まで時間がかかります。　注2）給与口座情を希望した場合は☑不要です。

銀行・信組 金庫・農協（金融機関コード）	支店 出張所（店番号）	預金種別	口座番号	口座名義	フリガナ
		□普通 □当座			

下記医療施設を代理人と定め、次の権限を委任します。

・出産育児一時金のうち、下記医療機関が委任者に対して出産に関し請求する費用の額（健康保険法施行令第35条に定める金額を上限とする）の受領に関すること。

令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日　　委任者氏名（被保険者名） 健保 太郎

医療機関の証明欄

上記被保険者の出産一時金の受領に関し、委任を受けました。

出産する者の氏名：健保 花子　　出産予定日：令和 ○ 年 ○○ 月 ○○ 日

医療施設（代理人）の

所在地　〒 102－○○○○

電話　03-○○○○-○○○○

名称　○○○産婦人科

代表者氏名　○○　○○

医療機関コード　1 2 3 4 5 6 7

医療機関振込先	（金融機関名）セブン　銀行・信組・金庫・農協	（支店名）○○○○○　支店・出張所
	☑普通 □当座　1 2 3 4 5 6 7	（口座名義）カタカナで記入 ○○○○○○サンフジンカ

申請書に被保険者等の記号番号を記入された方は不要ですが、記号番号ではなく被保険者の個人番号を記入したい方は下記に記入してください。但し個人番号を記入した場合は、下記の添付書類（①②）両方必要です。

①身元確認用・・・マイナンバーカード、運転免許証、身体障害者手帳、在留カード、パスポート等の写し

②個人番号確認用・・・マイナンバーカード、通知カードまたは個人番号記載の住民票の写し

セブン＆アイ・ホールディングス健康保険組合　03－6238－2859　（ R6.11）

提出日を記入してください。

現在お住まいの住所を記入してください。

加入者本人以外（家族）が出産する場合に記入してください。

Ⓐ・Ⓑに該当した場合は同意欄を必ず記入してください。重複請求を避けるために以前加入していた健康保険に請求の有無を確認します。

同意していただける場合は二箇所に☑

被保険者が記入

医療機関で記入してもらってください。

銀行コード

支店コード

問合せ先　〒102-8452　東京都千代田区二番町8-8　℡ 03-6238-2859