

直接支払(支払処理機関をとおす)制度を利用していない医療機関等で分娩し、受取代理(支払処理機関をとおさない)制度を利用する医療機関で分娩予定の場合【申請は予定日まで1ヶ月以内とする】(詳細はホームページ)

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 の(左づめ)	記号(1か2) <input type="checkbox"/>	番号(保険者番号06270748ではありません) <input type="text"/>	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>
	被保険者 氏名・印	(フリガナ) <input type="text"/>			印 自署の場合は押印を省略 できます
	分娩者氏名	氏名	続柄	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>
	医療機関名	<input type="text"/>			
	出産予定日	年 月 日	出生予定数	児	
	差額発生時の 振込先(被保 険者の口座)	金融機関名(コード)	店名(コード)	預金種別 1. 普通 2. 当座	口座番号 <input type="text"/>
	※分娩予定者が、出産予定日から6ヶ月以内に健康保険の資格喪失(被保険者)または資格取得(被扶養者)の場合のみ記入				
	被保険者は現在加入の保険者情報 被扶養者は以前加入の保険者情報	保険者名	保険証記号	保険証番号	

受 取 代 理 人 の 欄	請求者() (以下「甲」という)は、医療機関である() (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のうち乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額を受領に関すること 年 月 日				
	甲(被保険者)の住所				
	甲(被保険者)の氏名				
	乙(代理人)の住所				
乙(代理人)の氏名					
金融機関 名称(コード)	()			支店名 (コード)	()
預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号	<input type="text"/>	口座名義 (カナ)	<input type="text"/>

【添付書類】 母子手帳など、その他出産を証明する書類のコピー

※産科医療保障制度未加入の出産・死産、海外での出産の場合は48万8千円
※医療機関等からの請求額が50万円未満の場合は、請求金額を
医療機関等へ、差額を被保険者の所定口座に支払います。
※当帳票の内容については、健康保険業務以外の目的には使用しません。

大阪ガス健康保険組合

受付日付印