**出産育児一時金の請求手続きについて**

１．支給条件

次に該当する場合には出産育児一時金の請求をしてください。

・医療機関への直接支払制度を利用しない、またはできない被保険者または被扶養者が出産した場合

・海外で出産する場合

・直接支払制度を利用し、出産費用が出産育児一時金の額未満であり、差額を早期に受け取りたい場合

（**出産日の属する月の２～３ヵ月後には自動的に差額が支給されるため申請は不要です**が、それ以前に

受け取りたい場合に提出するものです）

◆健康保険において「出産」とは、妊娠４ヶ月（８５日）以降の出産（早産、流産、死産、母体保護の

　ための人工妊娠中絶を含む）のことをいいます。

※被保険者であった方（健康保険組合に1年以上加入していた方に限る）が資格喪失（退職日の翌日）後６ヶ月以内に出産した場合、出産育児一時金を請求することが可能ですが、退職後加入されている健康保険から受給された、もしくは受給予定である場合には受給できません。

※扶養認定後６ヶ月以内に出産された被扶養者のうち、以前に他健康保険の被保険者であった方は、以前に加入していた健康保険に対しても請求権があり、どちらかをご自身で選択していただくこととなります。当健康保険組合に請求される場合には、重複支給をさけるため前健康保険より「出産育児一時金不支給証明書」を入手の上、添付してください。

尚、前健康保険から出産手当金を受給する場合で受給日額が3,562円以上の場合は、扶養から外れる事

になります。これにより、当健康保険組合への家族出産育児一時金の受給権は無くなります。

２．支給日

請求書が当健康保険組合に届いた日の翌月末日（休日の場合は前日）となります。

３．支給額

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 産科医療補償制度 | 在胎週数２２週到達以降 | 妊娠８５日以上～２２週未満 |
| 加入の医療機関 | １児につき**５０万円**（出産日が令和５年３月３１日以前の場合は、４２万円） | １児につき**４８．８万円**（出産日が令和５年３月３１日 　 以前の場合は、４０．８万円） |
| 未加入の医療機関 | １児につき**４８．８万円**（出産日が令和５年３月３１日 以前の場合は、４０．８万円） |

４．添付書類

　　次の２点の書類を添付してください。

1. **出産費用の領収書および費用の内訳書（入院実日数等の記載があるもの）（写し）**

**※産科医療補償制度加入医療機関で出産（死産を含み在胎週数第２２週以降のものに限る）した場合**

には必ず領収書に**当該制度加入がわかる文言や指定のスタンプの押印**をもらってください。

（産科医療補償制度に未加入の医療機関で出産した場合、スタンプの押印は不要です）

1. **直接支払制度利用の有無がわかる書類**

・医療機関と取り交わした制度利用の有無に関する書面（写し）

・制度利用の有無が記載された領収書（写し）　　　　　　　　　　　など

**※前健康保険の被保険者期間が1年以上あり、退職日の翌日から6カ月以内に出産して、当健保組合に請求する場合は、「出産育児一時金不支給証明書」（前健保より入手）をあわせて提出願います。**

**（前健康保険が国民健康保険の場合は入手不要）**

５．書類提出先

　　　　　〒２１１－００６３ 神奈川県川崎市中原区小杉町３－２６４－３　ユニオンビル４階

　　　　　富士通健康保険組合　特例退職　または　任意継続担当　宛

※健康保険法施行規則改正に伴い健保組合に届出いただく本書類への押印は不要といたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 以　　上

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（特退・任継用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者家族 | **出産育児一時金請求書** | 常務理事 |  | 事務局長 |  | 課長 |  | 担当者 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **請****求****者****の****記****入****欄** | 被保険者証 | 記号 |  | 番号 |  |
| 氏　名 |  | 出産年月日 | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 出産者氏名 |  | 続柄 | [ ] 本人　　[ ] 家族（　　　　） |
| 医療機関への直接支払制度利用 | [ ]  医療機関への直接支払制度を利用しない[ ]  直接支払制度を利用したが、医療機関での支払額が出産育児一時金の額を下回ったため差額の早期支払を希望される方 |
| 扶養認定後６ヶ月以内に出産された方 |
| 退職した会社名および退　職　日 |  | 以前の加入健保および加入期間 | 健保（　　　　　　　 　　　　　）国保（　　　　　　　　　　　役所） |
| 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日まで |
| 上記により請求いたします。 | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
|  **〒** |  | **―** |  |
| 被保険者 | 住所 |  |
| 日中の連絡先 |  |
| 氏名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医師****・助産師証明** | 出産年月日 | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 出産予定日 | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 性別 | 男・女 |
| 生産・死産の別 | 生産 | 死産 | 妊娠 |  | ヶ月 | 出生児の数 | 単胎　・　多胎（ |  | 児） |
| 週 |
| 上記のとおりであることを証明する。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

 |
|  | 所在地 |  |
|  | 医院名 |  |
|  | 医師名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健保記入欄 | 直接支払制度 | 産科医療補償制度  | 出生日 | 支給額 |  |  |
| 在胎週数22週到達以降 | 妊娠85日～22週未満 |
| 利用しない | 加入 | **R5.3.31まで** | **単胎 42万円****（　 児）　　万円** | **単胎40.8万円　・（　 児）　　万円** |
| **R5.4.1から** | **単胎 50万円****（　 児）　　万円** | **単胎48.8万円　・（　 児）　　万円** |
| 未加入 | **R5.3.31まで** | **単胎40.8万円　・　（　 児）　　万円** |
| **R5.4.1から** | **単胎48.8万円　・　（　 児）　　万円** |
| 利用した | **早期払い希望者** |  | **円** |