

# 豊中市国民健康保険出産育児一時金の受領委任払に関する要綱

## (趣旨)

第1条 この要綱は、豊中市国民健康保険条例（以下「条例」という。）第4条に規定する出産育児一時金（以下「一時金」という。）に関して、出産した被保険者（以下「対象被保険者」という。）が属する世帯の世帯主（以下「世帯主」という。）の委任を受けた医療機関（以下「病院等」という。）が一時金を受領すること（以下「受領委任払」という。）について、必要な事項を定めるものとする。

## (対象者)

第2条 受領委任払の適用を受けることができる者（以下「対象者」という。）は、条例第4条に規定する一時金の支給を受けられる世帯主とする。

2 前項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する世帯主は、対象者としな

(1) 一時金の受領委任払にかかる病院等の同意が得られない者。

(2) 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第9条第6項の規定による被保険者資格証明書の交付を受けている者。

## (申請)

第3条 受領委任払の承認を受けようとする世帯主（以下「申請者」という。）は、豊中市国民健康保険条例施行規則第4条の規定する提出書類を添えて、国民健康保険出産育児一時金受領委任払承認申請書（様式第1号）を市長に提出しなければならない。

## (承認決定)

第4条 市長は、前条の規定による申請があった場合には、その内容を審査しその承認を決定したときは、申請者及び病院等に対して国民健康保険出産育児一時金受領委任払承認決定通知書（様式第2号）をもって通知する。なお、申請者が対象者として認められない場合には、申請者及び病院等に対して不承認の旨を通知する。

## (給付金の支給)

第5条 一時金の支給は、病院等から提出された国民健康保険出産育児一時金受領委任額請求書（様式第3号）の内容及び支給決定が行われたのち、病院等に対し国民健康保険出産育児一時金振込通知書（様式第4号）を送付し、病院等が指定する金融機関の口座に振込むことにより行う。

2 前項の規定にかかわらず、対象被保険者の出産によって現に要した額が一時金の額に満たない場合には、病院等への支払額はその現に要した額とし、一時金の残額は対象者に支給する。

**(補則)**

第6条 この要綱で定めるもののほか受領委任払に関し必要な事項は、市長が別に定める。

**附 則**

この要綱は、平成16年4月1日から施行する。

**附 則**

この要綱は、平成21年4月1日から施行する。

**附 則**

この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

**附 則**

この要綱は、令和元年5月1日から施行する。

**附 則**

この要綱は、令和3年1月1日から施行する。

(様式第1号)

受付番号

### 国民健康保険出産育児一時金受領委任払承認申請書

被保険者証 記号番号	記号	番号	世帯主名
	豊 国		
出産者氏名			出産予定日 年 月 日

(あて先) 豊 中 市 長

上記のとおり、出産育児一時金の受領委任払承認を申請します。  
なお、受領については、下欄の医療機関等に委任します。

年 月 日

世帯主 (住所) 豊中市 丁目 番 号  
(氏名) \_\_\_\_\_  
電話番号 ( ) —

### 同意書兼口座振込依頼書

(医療機関等記入欄)

上記内容にかかる出産育児一時金の受領委任に対して受任することを同意します。  
なお、支給に際し下記の金融機関口座への振込を依頼します。

年 月 日

(所在地) \_\_\_\_\_

(医療機関名) \_\_\_\_\_

(都道府県・医療機関番号)

(代表者名) \_\_\_\_\_ (印)

--	--	--	--	--	--	--	--

妊娠状況	妊娠第 週目
------	--------

口座振込依頼欄	銀行	コード	名 称	預金種目 <input type="checkbox"/> 1、普通預金 <input type="checkbox"/> 2、当座預金 <input type="checkbox"/> 4、貯蓄預金 <input type="checkbox"/> 9、その他	
	支店	コード	名 称		
	口座番号		口座名義人(カタカナ記入をお願いします。)		

市 記 入 欄	右記のとおり決定してよろしいか。				承認・不承認の別	<input type="checkbox"/> 承認	受付印		
	係	係長	課長補佐	課長		<input type="checkbox"/> 不承認			
					摘要	(出産育児一時金支給内容)		受付者	
	年 月 日					出産育児一時金			円
						内訳			
						受領委任額		円	
					対象者支給額	円			
給付要件		資格取得日	資格証明書交付状況	妊娠状況	被用者保険の支給				
		年 月 日	無 ・ 有	妊娠第 週目	無 ・ 有				

(様式第2号)

承認番号

国民健康保険出産育児一時金受領委任払承認決定通知書

被保険者証 記号番号	記号	番号	世帯主名	
	豊国			
出産者氏名			出産予定日	年 月 日
妊娠状況	妊娠第	週目	資格証明書 交付状況	無 ・ 有
医療機関名			受領委任額	

上記のとおり、国民健康保険出産育児一時金における受領委任払の承認を決定します。

年 月 日

住所

氏名

豊中市長

(様式第3号)

承認番号

### 国民健康保険出産育児一時金受領委任額請求書

被保険者証 記号番号	記号	番号	世帯主名	
	豊国			
出産者氏名			分娩年月日	年 月 日
受領委任 請求額	円 (下記Cの金額、ただし上限万円)		分娩の種類	正常・死産(第 週)
算出根拠	A(分娩に要した費用)		B(保険診療総額)	
	円		円( 点)	
		C(A-B)		円

(あて先) 豊 中 市 長

上記のとおり、 年 月 日付に承認決定されました出産育児一時金の受領委任払における受領委任額を請求します。

年 月 日

(所在地)

(医療機関名)

(代表者名)

印

(都道府県・医療機関番号)

※同意書兼口座振込依頼書に押されたのと同じ印を押印ください。

### 出産(死産)証明書

下記のとおり、分娩を行ったことを証明します。

年 月 日

【 医師・助産師・その他( ) 】

(分娩取扱者)

印

出産者氏名			分娩の種類	正常・死産(第 週)
分娩年月日	年	月		

# 国民健康保険出産育児一時金振込通知書

(様式第4号)

〒 -

年 月 日

先の受領委任に対し受任することに同意されました出産育児一時金を下記のとおり振込みます。

豊 中 市 長

(振込先)

支給決定日	年 月 日
振込予定日	年 月 日

銀行	預金	
支店		

被 保 険 者 証		世 帯 主 名	出 産 者 氏 名	分 娩 年 月 日	請 求 年 月 日	受 領 委 任 額 (円)	承 認 番 号
記 号	番 号						
豊 国				年 月 日	年 月 日		
豊 国				年 月 日	年 月 日		
豊 国				年 月 日	年 月 日		
豊 国				年 月 日	年 月 日		
豊 国				年 月 日	年 月 日		
豊 国				年 月 日	年 月 日		
豊 国				年 月 日	年 月 日		
豊 国				年 月 日	年 月 日		
豊 国				年 月 日	年 月 日		
<b>合 計</b>							

(お問い合わせ先)