

品川区国民健康保険出産育児一時金受取代理実施要綱

制定	平成23年3月1日	区長決定 要綱第16号
改正	平成27年2月19日	要綱第31号
改正	平成31年4月1日	要綱第209号
改正	令和4年1月1日	要綱第344号
改正	令和5年4月1日	要綱第28号

(目的)

第1条 この要綱は、品川区国民健康保険の被保険者の属する世帯の世帯主（以下、「世帯主」という。）が国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第58条および品川区国民健康保険条例（条例第20号）第10条に規定する出産育児一時金（以下、「一時金」という。）の受取代理を申請する際の必要な事項を定め、もって被保険者の利便性の向上を図るとともに子育て支援に資することを目的とする。

(対象者)

第2条 この要綱による対象者は、医療機関（病院、診療所または助産所をいう。以下同じ）に支払う出産に要する費用（医療給付分を除く。）を国民健康保険から支給される一時金をもって充てることを希望する世帯主であつて、かつ、次の各号に掲げる要件を満たし、一時金の受領の権限を医療機関に委任し、医療機関の同意を得た者とする。

- (1) 一時金の受給資格を有する者であること。
- (2) 原則として、国民健康保険料を滞納していない世帯であること。
- (3) 分娩者が日本国内の医療機関等で出産をおこなうこと。
- (4) 出産育児一時金貸付制度を利用していないこと。
- (5) 児童福祉法（昭和22年法律第164号）第22条に規定する助産施設において助産の実施を受けるものではないこと
- (6) 前5号に定めるものの他、特に区長が必要と認める世帯であること。

(手続き)

第3条 受取代理を希望する世帯主は、母子健康手帳を呈示し、出産育児一時金受取代理申請書（受取代理用）（第1号様式）（以下「受取代理申請書」という）に必要事項を記入および押印をし、出産を行う医療機関等に提出して必要事項の記入および押印を受けた後、区長に申請するものとする。

- 2 前項の規定による申請の受付期間は、被保険者が出産予定日の2か月前から出産日までとする。（ただし、区長が必要と認める場合はこの限りではない。）
- 3 第1項により申請がなされた場合、区長は被保険者の資格要件および医療機関等が受取代理制度の対象であるかを確認したうえで、受取代理申請受付通知書（第2号様式）を医療機関にすみやかに送付するものとする。
- 4 医療機関等は、分娩者が出産した後、出産費用請求報告書（第3号様式）、出生の事実を証明する書類および出産に関する費用（以下、「主産費用」という。）を記載した請求書の写しをすみやかに区長に提出するものとする。なお、財団法人日本医療機能評価機構が運営する産科医療補償制度に加入する医療機関等の医学的管理下における在胎週数22週に達した日以降の

出産（死産を含む。以下「加算対象出産」という。）の場合には、所定の印が押印された出産費用の請求書の写しを送付するものとする。

- 5 申請者は、第1項で申請した医療機関等以外で出産することとなった場合など、受取代理申請を取り下げる場合においては、すみやかに、出産育児一時金受取代理申請取下書（第4号様式）を区長に提出するものとする。
- 6 前5項により申請が取り下げられた場合、区長は受取代理申請書に「申請取下げのため返戻」する旨を追記し、記名および押印のうえ、すみやかに申請者に返戻するとともに、受取代理人であった医療機関等に対し、その写しを送付するものとする。
- 7 申請者は、救急搬送などにより、予定していた医療機関等以外で出産することとなった場合で、新たな医療機関等において受取代理制度を利用する場合など、受取代理人の変更に伴う申請取下げおよび再申請の時間的余裕がない場合には、受取代理人変更届（第5号様式）に必要事項（変更前および変更後の受取代理人である医療機関等による記名、その他必要事項記載を含む。）を記載の上、新たに受取代理人となる医療機関等を通じて、区長に提出すること。
- 8 前7項により受取代理人変更届が送付された場合、区長に提出は医療機関等が受取代理制度対象医療機関であるかを確認し、これを受け付ける。

（支払い）

第4条 区長は、一時金の支給を決定したときは、申請者に支給決定通知書を送付し、振込通知書を当該医療機関等に送付の上、受領委任額を当該医療機関等の指定する金融機関の口座に振り込むものとする。ただし、出産費用が一時金の額に満たない場合は、一時金のうち受領委任額に相当する額を当該医療機関等に支払い、一時金と受領委任額との差額を申請者に支払うものとする。

（取り消し）

第5条 申請者が第3条により受取代理申請をし承認をうけた後、次の各号のいずれかに該当した場合、区長は直ちにその承認を取り消し、申請者および医療機関等にその旨を通知するものとする。

- （1）分娩者が出産日前に品川区国民健康保険の資格を喪失したとき。
- （2）虚偽、その他不正の申請であると判明したとき。
- （3）委任を受けた医療機関等と異なる医療機関等でお産するとき。
- （4）前3号に定めるもののほか、特に区長が必要と認めたとき。

（委任）

第6条 この要綱の施行に関し必要な事項は、健康推進部長が定める。

付 則

この要綱は、平成23年4月1日から施行する。ただし、出産予定日が平成23年4月および同年5月の出産にかかる受取代理の申請受付、受付通知書の送付等は、平成23年3月1日から行うことができる。

付 則

この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

付 則

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

付 則

この要綱は、令和4年1月1日から施行する。

付 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

(第1号様式)

品川区長 あて

品川区国民健康保険出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

申請者 (世帯主) が記入 する ところ	被保険者証	記号	0	9	-	番号				
	申請者 (世帯主)	氏名	(フリガナ) 印							
		住所	〒 (フリガナ) 品川区 丁目 番号 電話 ()							
		生年月日	年 月 日							
	出産予定日・数	年 月 日 単・多 (胎)								
	出産予定者 <small>※申請者と同一の場合は 不要です</small>	氏名	(フリガナ)							
		生年月日	年 月 日							
	出産予定 医療機関等	名称	(フリガナ)							
		所在地	〒 (フリガナ)							
	申請者に対する 支払金融機関	金融機関名		銀行 金庫 信組	支店名		店・本店 支店 出張所			
預金 種別		1:普通 2:当座 3:別段	4:通知 5:貯蓄	口座 番号		口座 名義	(フリガナ)			
申請者または出産予定者が出産予定日から6か月以内に健康保険また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。 <small>※ 健康保険法第106条または船員保険法第73条の規定により、1年以上健康保険また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か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。</small>										
申請者本人の退職等により、健康保険または船員保険の被保険者資格喪失後、6か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		記号		番号				
受取代理人の欄	申請者() (以下「甲」という。)は、医療機関等である() (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。 <small>※ 出産育児一時金等の支給額(保険者が出産育児一時金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。</small>									
	年 月 日									
	甲の住所 氏名 印 乙の所在地 名称 印 電話 ()									
受取代理人に対する 支払金融機関	金融機関名		銀行 金庫 信組	支店名		店・本店 支店 出張所				
	預金 種別	1:普通 2:当座 3:別段	4:通知 5:貯蓄	口座 番号		口座 名義	(フリガナ)			
(備考欄)										

受取代理申請受付通知書

受取代理制度により、以下の被保険者等(健康保険・船員保険の被保険者、国民健康保険の世帯主または組合員をいう。)から、貴院を受取代理人とする出産育児一時金等の支給申請がなされましたので、ご連絡いたします。

受付日	年 月 日	
被保険者等	氏名	(フリガナ)
	住所	〒 (フリガナ) 品川区 丁目 番 号 電話 (.....)
	生年月日年.....月.....日
出産予定日・数年.....月.....日 単・多(胎)	
出産予定者 <small>※被保険者等と同一の場合は省略</small>	氏名	(フリガナ)
	生年月日年.....月.....日
付加給付金相当額		
貴院が代理受領することができる額(①と②の合計額)円 ※ 産科医療補償制度対象出産でない場合は、.....円となります。 ※※ 多胎の場合は、出産数を乗じた額となります。	
	① 出産育児一時金(産科医療補償制度対象出産でない場合は掛金相当分を減額) ② 付加給付金相当額(.....)円	

なお、出産育児一時金または家族出産育児一時金の支給のためには、当該被保険者等または被扶養者の出産後、貴院から、

- ・ 出産費用の請求書の写し
※ 産科医療補償制度対象出産の場合は、所定の印が押印された請求書の写し
- ・ 出産の事実を証明する書類の写し

を送付いただく必要があります。

出産後速やかに下記あて送付いただきますよう、お願いいたします。

(保険者名)

.....

(所在地)

.....

(医療機関等) 所在地

名 称

印

出産費用請求報告書

標記について、下記のとおり報告します。

記

被保険者証	記 号	番 号
被保険者、世帯主または組合員	氏 名	(フリガナ)
	住 所	〒 - (フリガナ)
請 求 金 額		
出産費用請求書(写)	別添のとおり	
出産の事実を証明する書類(写)	別添のとおり	

(第4号様式)

年 月 日

品川区長 へ

(申請者※) 住所

氏名

出産育児一時金等受取代理申請取下書

年 月 日に申請しました出産育児一時金等の受取代理申請を下記のとおり取り下
げます。

記

被保険者証	記号		番号	
出産予定者	氏名	(フリガナ)		
	生年月日	年	月	日
出産予定日	年 月 日			
取下げの理由				
備考				

※「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。

品川区長 へ

(申請者※) 住所

氏名

被保険者証 記号

番号

受取代理人変更届

受取代理人の変更について下記のとおり提出いたします。

記

申請者() (以下「甲」という。)は、医療機関等である() (以下「乙」という。)を代理人と定め、年 月 日付にて委任した出産育児一時金等の受領に関する権限について、乙に替えて、新たに医療機関等である() (以下「丙」という。)を代理人として定め、これを委任します。

年 月 日

甲の住所

氏名

乙の所在地※※

名称※※ 電話 ()

丙の所在地※※

名称※※ 電話 ()

受取代理人に対する支払金融機関	金融機関名		銀行 金庫 信組	支店名	店・本店 支店 出張所
	預金種別	1:普通 2:当座 3:別段	4:通知 5:貯蓄	口座番号	口座名義 (フリガナ)

※「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。

※※「乙」・「丙」の所在地・名称については、それぞれ変更前の医療機関等・変更後の医療機関等にて記入・押印が必要です。