

出産育児一時金について

■支給額

出産育児一時金 1児につき42万円

但し、産科医療保障制度に加入していない分娩機関で出産した場合、及び、妊娠12週以上22週未満の死産・流産の場合は40.4万円です。

■支給方法

出産育児一時金は、給与支給日に合わせて給与口座に振込みします。※給与明細の健保付加金欄で金額をご確認いただけます。

■直接支払制度を利用する場合

出産予定の医療機関等にて制度利用の合意文書を取り交わしてください。（健康保険組合への手続きは不要です。）

■直接支払制度を利用し出産費用が42万円未満の場合

出産費用を直接支払制度を利用した場合でも、出産費用が出産育児一時金額より少ない場合は、その差額を健康保険組合より被保険者へお支払します。社会保険診療報酬支払基金からの請求を確認後、自動で給付します。（健康保険組合への手続きは不要です。）

■窓口で出産費用を全額支払った場合

直接支払制度や受取代理制度を利用しなかった場合、または海外で出産した場合は、下記のとおり健康保険組合に申請してください。

【必要書類】 《提出先：本社・健康保険組合（MK8400）》

郵便の場合：〒617-8555 京都府長岡京市東神足1-10-1 村田製作所健康保険組合

・ 出産育児一時金請求書

・ 出産費用の領収・明細書の写し

（産科医療保障制度加入機関で出産した場合は、制度加入機関での出産を証明するスタンプを押印したもの）

・ 医療機関等から交付される合意文書の写し

出産育児一時金請求書 記入例

記入例 出産育児一時金請求書

被 保 険 者 記 入 欄	① 被保険者証 記号・番号	記号	1	番号	23456	② 所属事業所	岡山村田製作所	氏名コード	OM00000	
	③ 資格取得 年月日	2018年10月1日		出生年月日	2019年1月15日		出産			
	出生した者	<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 被扶養者	家族の場合 その方の氏名	健康 花子					
	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 生産・死産混在								
	生産の場合 出生児数	1	人	死産の場合 死産児数		人	死産の場合 妊娠からの週数・日数	満	週	(日)
	出生した 医療機関名	名称 村田レディースクリニック								
	出生した 医療機関名	住所 岡山県岡山市〇〇町〇-〇-〇〇								
	【被保険者】退職後6ヶ月以内の出産ですか？	【寮 様】ムラタ健保加入後6ヶ月以内の出産ですか？		<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
	上記が【はい】の場合、下記にも記載してください。									
	【被保険者】→現在加入している保険者について	保険者名：〇〇〇健康保険組合								
【寮 様】→ムラタ健保加入前に加入していた保険者について										
同一の出産について、以前加入していた保険者に出産育児一時金を <input type="checkbox"/> 請求した <input type="checkbox"/> 請求していない										
④ 上記のとおり請求します。在職中は、本組合を代理人と定め給付金の受領を委任します。 2019年5月1日 村田製作所健康保険組合理事長殿										
被保険者 住所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 (請求者) 〇〇市〇〇×××-×× 氏名 健康 太郎 TEL ××× (×××) ××××										

① 保険証の上部に表示された記号・番号を記入してください。

② 所属している事業所名を記入してください。

③ 保険証に表示された資格取得年月日を記入してください。

④ 申請年月日を記入し、請求者に被保険者の住所・氏名等を記入してください。