



福県医発第2477号(地)
平成23年3月11日

各医師会長 殿

福岡県医師会
会長 松田 峻一良
(公印省略)

平成23年4月以降の出産育児一時金等について
(文書の差し替えのお願い)

平成23年2月18日付け福県医発第2282号(地)にてご連絡申し上げました標記通知につきまして、今般、添付資料(別紙4中「様式1」及び「様式3」)について下記のとおり誤植があった旨、厚生労働省より日本医師会宛に連絡がなされておりますので、貴会におかれましても該当する様式について、別紙文書と差し替えていただきますようお願い申し上げます。

なお、日本医師会ホームページメンバーズルームの医療保険「(健康保険法等) 出産育児一時金及び家族出産育児一時金に関する情報」に掲載されております文書につきましては、訂正の上、更新されることとされております。

記

訂正箇所

○平成23年4月以降の出産育児一時金等について
(平成23年2月18日付け福県医発第2282号(地))

※別紙4中の「様式1」及び「様式3」

【様式1】・「申請者に対する支払金融機関」欄

・「受取代理人に対する支払金融機関」欄

【様式3】・「受取代理人に対する支払金融機関」欄

(誤)

銀行	店・本店
金融	支店・出張所
信組	



(正)

銀行	店・本店
金庫	支店・出張所
信組	

事務連絡 F
平成 23 年 3 月 10 日

都道府県医師会
社会保険担当事務局 御中

日本医師会保険医療課

文書の差し替えのお願い

日頃より、大変お世話になっております。

さて、平成 23 年 2 月 7 日付け日医発第 1009 号（保 204）にて、都道府県医師会長あてにご連絡申し上げました「平成 23 年 4 月以降の出産育児一時金等について」の添付資料（厚生労働省保険局長通知）に、下記のとおり誤植があった旨、厚生労働省より連絡がありましたので、該当する様式につきまして、お送りいたします文書と差し替えていただきますようお願い申し上げます。

なお、都道府県医師会宛て文書管理システム及び日本医師会ホームページメンバーズルームの医療保険「（健康保険法等）出産育児一時金及び家族出産育児一時金に関する情報」に掲載しております文書につきましても、訂正の上、更新いたしますことを申し添えます。

記

訂正箇所は、以下のとおりです。

○平成 23 年 4 月以降の出産育児一時金等について

（平成 23 年 2 月 7 日 日医発第 1009 号（保 204））

※添付資料：出産育児一時金等の支給申請書及び支払方法について

（平成 23 年 1 月 31 日 保発 0131 第 2 号～第 4 号 厚生労働省保険局長）

- 【様式 1】 ・「申請者に対する支払金融機関」欄
・「受取代理人に対する支払金融機関」欄
【様式 3】 ・「受取代理人に対する支払金融機関」欄

（誤）

	銀行 金融 信組	店・本店 支店・出張所
--	----------------	----------------



（正）

	銀行 金庫 信組	店・本店 支店・出張所
--	----------------	----------------

(様式1)

(あて先) _____

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

申請者(被保険者、世帯主又は組合員)が記入するところ	被保険者証		記号	番号		
	申請者(被保険者、世帯主又は組合員) ※「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。		氏名	(フリガナ) 印		
			住所	(フリガナ) 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 ※申請者と同一の場合は不要です		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		預金種別	1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段	口座番号	口座名義 (フリガナ)
銀行 金庫 信組 店・本店 支店・出張所						
申請者又は出産予定者が出産予定日から6か月以内に健康保険又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。 ※ 健康保険法第106条又は船員保険法第73条の規定により、1年以上健康保険又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。						
申請者本人の退職等により、健康保険又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。 ※ 出産育児一時金等の支給額(保険者が出産育児一時金等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。					
	平成 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		預金種別	1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段	口座番号	口座名義 (フリガナ)	
銀行 金庫 信組 店・本店 支店・出張所						
(備考欄)						

平成 年 月 日

(あて先) _____

(申請者※) 住所
氏名 印
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、平成 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。						
平成 年 月 日						
甲の住所						
氏名					印	
乙の所在地※※						
名称※※					印	電話 ()
丙の所在地※※						
名称※※					印	電話 ()
受取代理人に対する支払金融機関	銀行 金庫 信組 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。