



事務担当者(初任者)講習動画

【給付②】

東京金属事業健康保険組合 業務部

令和7年4月

健康保険の給付

- ◎ 健康保険は業務外の病気やけが、及び出産、死亡に対して給付を行うものです。
- ◎ 健康保険の給付の対象となるのは、治療方法として安全性や有効性が認められ、あらかじめ国によって保険の適用が認められている療養に限られます。

<p>健康保険で受けられる診療の範囲</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○医師の診察、必要な検査 ○薬剤、治療のための材料 ○処理、手術、注射、麻酔 ○精神科専門療法 ○入院および入院時の看護 ○在宅での療養上の管理や看護
<p>健康保険で受けられないもの</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○仕事(業務上)が原因となって起きたけがや病気 ○通勤途上のけがや病気 ○美容整形 ○健康診断 ○単なる疲労や倦怠感に対する栄養剤の注射 ○正常な妊娠や出産
<p>制限されるもの(全部または一部)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○犯罪行為や故意に事故を起こしたとき ○けんか・酒酔い等による事故 ○不正な行為で保険給付受けようとしたとき 等

健康保険の給付一覧①

○業務外の事由によること(業務上、通勤途上によるものは除く)

		法定給付		付加給付	
		被保険者	被扶養者	被保険者	被扶養者
病 気 ・ け が	病気やけがで医療機関にかかるとき	療養の給付	家族療養費	<ul style="list-style-type: none"> ・一部負担還元金 ・家族療養費付加金 ・訪問看護療養費付加金 ・家族訪問看護療養費付加金 ・合算高額療養費付加金 	
	評価療養、選定療養を受けたとき	保険外併用療養費	家族療養費		
	やむを得ない事由で保険証が使えないときなど	療養費	第二家族療養費		
	自己負担額が高額になったとき	高額療養費	高額療養費		
	在宅で療養している難病患者等が訪問看護のサービスを受けたとき	訪問看護療養費	家族訪問看護療養費		
	入院時に食事の提供を受けたとき	入院時食事療養費	入院時食事療養費		

健康保険の給付一覧②

○業務外の事由によること(業務上、通勤途上によるものは除く)

		法定給付		付加給付	
		被保険者	被扶養者	被保険者	被扶養者
傷病	病気やけがのため仕事を休み給料がもらえないとき	傷病手当金			
出産	出産のため仕事を休み給料がもらえないとき	出産手当金			
	妊娠4か月(85日)以上で出産したとき	出産育児一時金	家族 出産育児一時金	出産育児一時金 付加金 1児につき 52,000円	
死亡	死亡したとき	埋葬料(費)	家族埋葬料	埋葬料付加金 50,000円	家族埋葬料 付加金 15,000円

傷病手当金(現金給付)

被保険者が業務外の病気やけがの療養のため、仕事を休み給与等を得られないなど、次の4つの条件を満たしたときは、**傷病手当金**が受けられます。

支給を受けられる4つの条件

- ① 病気やけがで療養中であること ……医療機関等で治療を受けている
- ② 療養のため仕事につけないこと ……半日でも出勤した場合は労務不能とは認められない
- ③ 4日以上仕事を休むこと ……療養のため仕事を休んだ日が連続して3日間(待期待期間)あり、4日以上休んだ場合に4日目から支給
- ④ 給料等もらえないとき ……給料等もらっていても傷病手当金額より少ないときは、差額が支給される

支給期間は

◇支給開始日から通算して1年6か月に達する日までが対象。支給期間中に途中で就労するなど、傷病手当金が支給されない期間がある場合には、支給開始日から起算して1年6か月を超えても、繰り越して支給可能になります。

支給される金額は

◇休んだ日1日につき支給を始める日の属する月以前の直近の継続した12か月間の標準報酬月額を平均した30分の1の日額の3分の2相当額。

なお、被保険者期間が1年に満たないひとの場合は、次の①と②を比較して、いずれか少ない額を用いて算定します。

①被保険者が現に属する保険者により定められた直近の継続した各月の標準報酬月額を平均した額の30分の1。

②被保険者が現に属する保険者が管掌する全被保険者の標準報酬月額を平均した額の30分の1。

◇欠勤中に報酬や手当、また障害厚生年金(同時に障害基礎年金を受けられときはその合算額)を受けた(受けられる)場合は支給額が調整されます。

◇被保険者期間が1年以上ある人の場合(直近の継続した12か月)

(例)初回傷病手当金の申請期間が令和4年4月1日～4月30日(30日間の場合)

待 期 期 間:令和4年4月1日～4月3日(3日間)

支給開始日:令和4年4月4日 支 給 期 間:令和4年4月4日～4月30日(27日間)

支給開始日
の属する月



	R3.5	R3.6	R3.7	R3.8	R3.9	R3.10	R3.11	R3.12	R4.1	R4.2	R4.3	R4.4
標準報酬 月額(千円)	260	260	260	260	300	300	300	300	300	300	300	300

←————— 12か月 —————→

計算

$(260,000円 \times 4か月 + 300,000円 \times 8か月) \div 12ヵ月 \div 30日^{(*1)} = 9,555.555 \dots = 9,560円(1/30の日額)$

$9,560円 \times 2/3^{(*2)} = 6,373.333 \dots = 6,373円(傷病手当金の支給日額)$

$6,373円 \times 27日間 = 172,071円(傷病手当金支給額)$

(*1) 10円未満四捨五入

(*2) 円未満四捨五入

◇被保険者期間が1年未満の人の場合(入社(資格取得日)が令和3年12月1日の場合)

(例)初回傷病手当金の申請期間が令和4年4月1日～4月30日(30日間の場合)

待 期 期 間:令和4年4月1日～4月3日(3日間)

支給開始日:令和4年4月4日 支給 期 間:令和4年4月4日～4月30日(27日間)

							R3.12	R4.1	R4.2	R4.3	R4.4
標準報酬 月額(千円)							300	300	300	300	340

支給開始日
の属する月


↑
1か月

計算

① $(300,000円 \times 4か月 + 340,000円 \times 1か月) \div 5か月 \div 30日^{(*1)} = 10,266.666 \dots = 10,270円(1/30の日額)$

② 当組合の令和2年度の平均額日額 : $360,000円 \div 30日 = 12,000円$

(*1) 10円未満四捨五入

①と②を比べて低いほうで算定 : ① 10,270円 < ② 12,000円

(*2) 円未満四捨五入

傷病手当金支給日額 : $10,270円 \times 2/3^{(*2)} = 6,846.666 \dots = 6,847円$

傷病手当金支給額 : $6,847円 \times 27日間 = 184,869円$

傷病手当金申請書

健康保険傷病手当金申請書(回目)

※ 出勤簿 領合 簿印
賞金台帳 簿印

◆記入内容は訂正をする場合は、二重線で抹消し、各欄の記入番号が訂正してください。

年 月 日提出		被保険者等の ① 記号・番号		被保険者 ② (申請者) 氏名	
被保険者の ③ 生年月日		④ 事業所名 (既に退職している場合は退職前の事業所名)			
被保険者の ⑤ (申請者) の現住所		電話(日中の連絡先) ()			
被保険者の ⑥ 資格を取得した年月日		昭和 年 月 日		⑦ 被保険者の 仕事の種類 (詳しく)	
⑧ 発病または 負傷年月日		昭和 年 月 日		⑨ 傷病名	
⑩ 発病または 負傷の原因を詳しく		(年 月 日) 午前・午後 時 分頃 負傷・発病			
⑪ 申請期間の 症状および経過を詳しく					
⑫ 疾病または負傷の療養をするために休んだ期間		令和 年 月 日 から		日間	
⑬ (1) うえの箇の期間に報酬を受けましたか、または受けられますか		ア. 受けた イ. 受けない ウ. 受けられる エ. 受けられない			
⑭ (2) 報酬を受けたとき、または受けたるときは、その報酬の額とその支払いの基礎となった(なる)期間		令和 年 月 日から		の分として 円	
⑮ 「障害厚生年金」または「障害手当金」について		(1) 受給していますか ア. 受給中(受給予定) イ. 申請中または申請予定 ウ. 受給していない 受給の要因となった(なる)「 傷病名 」 受給開始(予定)年月または申請年月 平成 年 月 令和 年 月 * 傷病手当金と同一の傷病および期間に「障害厚生年金等」を受給した(する)場合は、「年金証書(写)」と「年金繰込通知書(写)」を添付してください。			
⑯ 資格喪失(退職)の方で、退職を事由とする公的年金を受給していますか		ア. 受給中(受給予定) イ. 申請中または申請予定 ウ. 受給していない * 受給している場合は、年金額のおわかる通知書等の写しを添付してください。			
⑰ 傷病手当金と同じ期間中に労災保険から休業補償給付を受けていますか		ア. 受給中(受給予定) イ. 労災請求中(予定) ウ. 受給していない			
行 振込口座	金融機関コード	金融機関名	銀行 信金 債組 農協	本店 支店 出張所	
口座名義(カタカナで記入)			預金種別	支店番号	口座番号
			普通 当座		
* 被保険者(申請者)以外の方が受け取る場合には委任状が必要です。					
被保険者(申請者)		住所		東京金属健康保険組合 受付日付印	
氏名		印			
住所		印			
氏名		印 (被保険者の印と別の印を押ししてください)			
委任者と代理人との関係		電話		()	

※「初回申請分」には、申請期間とその期間前1ヶ月分の賞金台帳・出勤簿(タイムカード)の写しを添付してください。また、申請期間中の「通勤手当等」が支給されている場合は、支給されたときの賞金台帳の写しを添付してください。なお、2回目の申請以降にも給与等の支払いがある(あつた)場合は、その期間の賞金台帳の写しを添付してください。

事業主が証明するところ	① 労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	たし (具体的な日付を記入してください)	は出勤のためなく	は有給休暇	
	② 職場復帰しましたか	ア 次期中(証明日現在)イ 月 日から出勤 ウ 月 日付で復帰	③ 報酬の支払日	当月・翌月 日給制 翌 日給制	ア 月給制 イ 日給制 ウ 月給制 エ 時間給制	
	④ 申請期間中の分として報酬を全額又は一部支給した場合、又はする場合は、又はする場合は	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	の分として	円(月 日支払)		
	⑤ 現在までも、将来も支給しない場合はその旨	令和 年 月 日	うえのとおり相違ないことを証明します。	令和 年 月 日		
	⑥ 事業所所在地	事業所名	事業主氏名	電話番号		
療養担当者が意見を書くところ	① 患者氏名	(1) _____	療養の給付開始年月日(初診日)	(1) 年 月 日		
	② 傷病名	(2) _____		(2) 年 月 日		
	③ 発病または負傷年月日	平成 年 月 日 令和 年 月 日		(3) 年 月 日		
	④ 労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		発病または負傷の原因		
	⑤ 申請期間中の入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		療養費用の別	健保 自費 公費 その他	
⑥ 診療実日数(入院期間含む)	日間	診療日を○で記入してください	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		
(1) ①の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等を詳しくご記入ください。						
(2) 症状経過からみて従来職種について労務不能と認められた医学的所見についてご記入ください。						
(3) 就労の見込みについて (ア) 月 日頃から就労可能な見込み (イ) 現時点では不明						
人工透析を実施または人工透析を開始した日に記入する欄		ア 人工透析の種類	人工透析の種類	人工透析の種類	人工透析の種類	
人工透析を実施または人工透析を開始した日に記入する欄		ア 人工透析の種類	人工透析の種類	人工透析の種類	人工透析の種類	
うえのとおり相違ありません。 令和 年 月 日						
療養機関所在地		医療機関名称				
医師の氏名		電話番号				

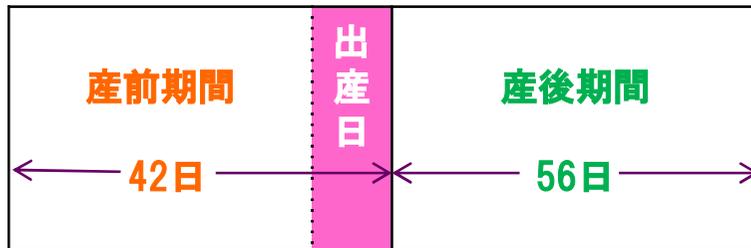
出産手当金について(現金給付)

被保険者が出産のため仕事を休み、給料等がもらえないときは、**出産手当金**が支給されます。

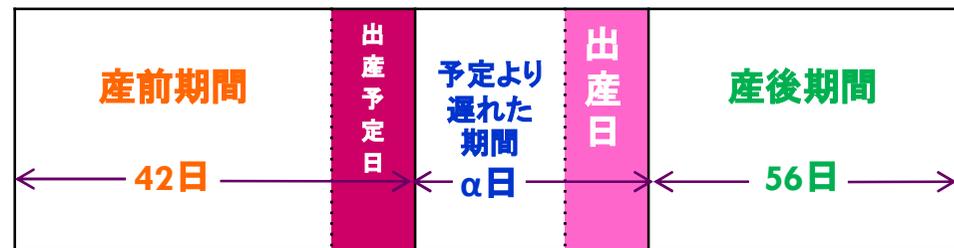
支給期間は

◇出産日(出産が予定日より遅れた場合は出産予定日)以前42日(多胎妊娠の場合は98日)から出産後56日の期間内。報酬を受けた(受けられる)場合は支給額が調整されます。

〔 出産予定日に出産、
または出産予定日より早く出産した場合 〕



〔 出産予定日より
遅れて出産した場合 〕



支給される金額は

◇傷病手当金と同様の算定方法で、休んだ日1日につき標準報酬日額の3分の2相当額。

◇報酬を受けた(受けられる)場合は支給額が調整されます。

出産手当金申請書

健康保険出産手当金申請書(回目) ※ 出勤簿 賃金台帳 提出 申請

●記入内容等を訂正する場合は、二重線で修正し、各欄の記入者が訂正していただく。●記入の方法は裏面を参照してください。

年 月 日提出		被保険者等の ① 記号・番号		被保険者 ② (申請者) 氏 名	
被保険者の ③ 生年月日		昭和 年 月 日		既に出席している場合は退職前の事業所名	
被保険者 ⑤ (申請者) の 現住所		〒 電話(日中の連絡先) ()			
被保険者の ⑥ 資格を取得した年月日		昭和 年 月 日		既に喪失している ⑦ 場合は喪失日 昭和 年 月 日	
⑧ 今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですか、 それとも出産後ですか		ア、 出産前の申請 イ、 出産後の申請			
⑨ 出産日		令和 年 月 日 出産			
⑩ 出産予定日		令和 年 月 日 出産予定			
⑪ 出産のための 休んだ期間 (申請期間)		令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで			
⑫ (1) うえの⑪の期間に報酬を受けましたか、または受けられますか		ア、 受けた イ、 受けない ウ、 受けられる エ、 受けられない			
⑫ (2) 報酬を受けるとき、または受けられるときは、その報酬の額とその支払いの基礎となった(なる)期間		令和 年 月 日 から 円 令和 年 月 日 まで			
⑬ 金融機関 コード		金融機関名		銀行 協会 本店 支店 信組 農協 出張所	
⑭ 口座名義 (本人が預金主)		預金種別		支店番号 口座番号	
		普通 当座			

*被保険者(申請者)以外の方が受け取る場合には委任状が必要です。
本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。
令和 年 月 日 東京金属事業健康保険組合 受付日付印

⑮ 委任状	被保険者(申請者)		住所		氏名	
	受領代理人		住所		氏名 (被保険者の印と別 の印を捺していただく)	
	委任者と代理人との関係		電話 (日中の連絡先)		()	
	⑯					

※申請時には、申請期間とその期間前1ヶ月分の賃金台帳と出勤簿(タイムカード等)の写しを添付してください。
なお、給与等の支払いがある場合は賃金台帳(写し)の余白にその計算式を記入してください。

⑰ 事業主が証明するところ	⑰ 労働に届きなかった期間		令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで	
	⑱ 報酬の締切日 報酬の支払日		(当月・翌月) 日締め 日払い	
	⑲ 報酬の支払い形態		ア 月給制 イ 日給月給制 ウ 日給制 エ 時間給制 オ その他 ()	
	⑳ ⑰の期間中の分として報酬を全額または一部支給した場合は、またはする場合は		年 月 日 から 円 (月 日支払) 年 月 日 までの分として 年 月 日 から 円 (月 日支払) 年 月 日 までの分として 年 月 日 から 円 (月 日支払)	
	㉑ 現在までも、将来も支給しない場合はその旨		うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名 事業主氏名 電話番号	

⑳ 医師または助産師が記入するところ	㉒ 出産日		令和 年 月 日 出産		
	㉓ 出産予定日		令和 年 月 日 出産予定		
	㉔ 出産後ときは、正常分娩または異常分娩の別		㉕ 出産後ときは、生産・死産(妊婦 週の死産) 生産または死産の別		
	㉖ 入院して出産したときはその期間		㉗ 入院費用の別		
	㉘ 入院して出産したときはその期間		㉙ 単胎または多胎の別		
㉚ 入院して出産したときはその期間		令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで		㉛ 入院費用の別 被保・自費・その他	
㉜ 入院して出産したときはその期間		令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで		㉝ 入院費用の別 被保・自費・その他	
㉞ 入院して出産したときはその期間		令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで		㉟ 入院費用の別 被保・自費・その他	
㊱ 入院して出産したときはその期間		令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで		㊲ 入院費用の別 被保・自費・その他	
㊳ 入院して出産したときはその期間		令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで		㊴ 入院費用の別 被保・自費・その他	
㊵ 入院して出産したときはその期間		令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで		㊶ 入院費用の別 被保・自費・その他	
㊷ 入院して出産したときはその期間		令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで		㊸ 入院費用の別 被保・自費・その他	
㊹ 入院して出産したときはその期間		令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで		㊺ 入院費用の別 被保・自費・その他	
㊻ 入院して出産したときはその期間		令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで		㊼ 入院費用の別 被保・自費・その他	
㊽ 入院して出産したときはその期間		令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで		㊾ 入院費用の別 被保・自費・その他	
㊿ 入院して出産したときはその期間		令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで		㋀ 入院費用の別 被保・自費・その他	

出産育児一時金について(現金給付)

被保険者が出産したときは**出産育児一時金**、被扶養者が出産したときは**家族出産育児一時金**が支給されます(出産には、妊娠4ヶ月(85日)以後の生産(早産)、死産(流産)、人工妊娠中絶を含みます)。

支給される金額は

(一児ごと)

給付費目	被保険者が出産した場合	被扶養者が出産した場合
《 法定給付 》	500,000円 ^(※1)	500,000円 ^(※1)
《 付加給付 》	52,000円	なし

(※1)妊娠22週未満の出産、産科医療保障制度に加入していない医療機関での出産は**48万8千円**。

◎産科医療補償制度とは、医療機関が加入する制度で、分娩時に何らかの理由により重度の脳性麻痺となった子どもとの経済的負担を補償するものです。

4つの請求方法

- ① 直接支払制度を利用する場合（医療機関⇔健康保険組合）
- ② 受取代理制度を利用する場合（医療機関⇔健康保険組合）
- ③ ①②を利用しない、出産費用を全額自己負担した場合（被保険者⇔健康保険組合）
- ④ 出産費用の貸付制度を利用する場合（東京都総合組合保健施設振興協会：東振協）

出産育児一時金及び同付加金の請求方法

	請求方法	概要	手続き	出産育児一時金の支給
①	直接支払制度	<p>出産にかかった費用について、医療機関が本人に請求する代わりに、健保組合に請求して、出産育児一時金の額の範囲内で、直接、医療機関に健保組合がその費用を支給する制度。(出産費用が、出産育児一時金の額を上回る場合は、差額は本人の負担となります)</p>	<p>事前に、この制度を利用する旨の合意文書を医療機関と交わします。出産にかかった費用が出産育児一時金の額を下回る場合は、差額・付加金が被保険者に支給されますので、「出産育児一時金・同付加金内払依頼書」に領収明細書の写しを添付して提出。</p> <p>※被扶養者は差額のみを支給対象となります。</p>	<p>医療機関(社会保険診療報酬支払基金を通じて)から請求され、直接医療機関へ支給されます。</p> <p>医療機関からの請求額が出産育児一時金の額より少ないときは、差額を被保険者に支給します。</p> <p>(例) 被保険者本人が出産したときの出産費用が450,000円の場合(産科医療保障制度あり)</p> <p>医療機関へ ⇒ 450,000円 被保険者へ ⇒ 50,000円(差額)と52,000円(付加金)を支給</p>
②	受取代理制度	<p>直接支払制度を利用できない医療機関で出産する場合、出産にかかった費用について、本人が負担する代わりに、医療機関が受取代理人となり、出産育児一時金が請求できます。</p>	<p>事前に受取代理となる医療機関名・振込口座等を記入した申請書(受取代理用)を健保組合に提出します。</p> <p>直接支払制度と同様に差額・付加金は本人あてに支給されますので、本人の口座の記入も必要となります。</p> <p>※被扶養者は差額のみを支給対象となります。</p>	<p>受取代理人の医療機関あてに支給されます。</p> <p>出産にかかった費用が出産育児一時金の額より少ないときは、差額を被保険者に支給します。</p> <p>(例) 被保険者本人が出産したときの出産費用が520,000円の場合(産科医療保障制度あり)</p> <p>医療機関へ ⇒ 520,000円 被保険者へ ⇒ 32,000円(付加金の差額)を支給</p>

	請求方法	概 要	手 続 き	出産育児一時金の支給
③	①と②を利用しない場合	出産に要した費用をご本人が負担していただいた後に出産育児一時金が支給されます。	<p>出産後、「出産育児一時金・同付加金請求書」に直接支払制度を利用しない旨の合意文書の写しと出産費用の領収書・明細書の写しを添付して提出します。</p> <p>海外出産の場合は、渡航確認の書類と同意書の添付も必要になります。</p>	<p>被保険者に出産育児一時金として一児ごとに50万円が支給されます。</p> <p>被保険者へ ⇒ 500,000円</p> <p>被保険者本人の出産の場合は付加金52,000円も支給</p>
④	出産費用貸付	出産予定日までの期間が1ヶ月以内もしくは妊娠4ヶ月以上で医療機関等に一時的に支払いが必要な場合、出産育児一時金の9割相当額を限度に貸付が受けられます。	<p>貸付用の申込書に必要な書類を添付して提出します。</p> <p>出産後、出産育児一時金請求書を提出します。</p>	<p>貸付金の返済に充当し、残りを被保険者に支給します。</p> <p>東振協 ⇒ 450,000円を被保険者に支払う</p> <p>健保組合 ⇒ 450,000円を東振協に支払う</p> <p>健保組合 ⇒ 出産後、差額の50,000円を被保険者に支払う</p> <p>被保険者本人の出産の場合は付加金52,000円も支給</p>

出産育児一時金・同付加金請求書

健康保険 被保険者 出産育児一時金・同付加金申請書

○記入の申請は、「直接支払制度」受取代理制度」を利用しない場合です。

年 月 日提出

① 被保険者等の 記号・番号	記号	被保険者 ② (申請者) 氏名
③ 被保険者の 生年月日	昭和 平成 年 月 日	④ 事業所名
⑤ 被保険者 (申請者) の現住所	〒 電話(日中の連絡先) ()	
⑥ 被扶養者が 出産した申請 であるときは、その方 の氏名	続柄	生年月日 昭和 平成 年 月 日
⑦ 出産した 年月日	令和 年 月 日	⑧ 死産のときはその旨
⑨ 以下のいずれかに該当する場合、右欄に記入してください	保険者 電話番号	名称 ()
被扶養者に認定されてから9ヶ月以内の出産であるときは、被扶養者になる前の被保険者等の「世帯費実受後の被保険者出産育児一時金」の申請であるときは、現在の被保険者等の	記号・番号	被保険者氏名

⑩ 出産した年月日	令和 年 月 日	⑪ 生産または 死産の別	生産・死産(妊娠 週の数) *死産の場合は在胎週数も 必ず記入してください。
⑫ 出生児の数	単胎・多胎(児)	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日	
⑬ 医療機関等の名称	〒		
⑭ 所在地	医師・助産師名 電話 ()		
⑮ 本籍	⑯ 筆頭者		
⑰ 出生届出日	令和 年 月 日	⑱ 出生児氏名	⑲ 出生年月日 令和 年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日			
⑳ 区市町村長名	〒 電話 ()		

金融機関 コード	金融機関名	銀行 信金 信組 農協	本店 支店 出張所
口座名義 (カクアテて記入)	預金種別	支店番号	口座番号
	普通 当座		

*被保険者(申請者)以外の方が受け取る場合には委任状が必要です。

被保険者 (申請者)	住所	〒
氏名	◎	
受領 代理人	住所	〒
氏名	◎ (被保険者の印と別の 印を押してください)	
委任者と代理 人との関係	電話 (日中の連絡先)	()

この出産にかかる出産資金の貸付
を(社)東京船舶倉庫共済健康共済
協賛会から受けているかどうか

1. 受けている	出産資金の貸付を受け たときは、その受領日と貸 付額を記入してください。	受領日 年 月
2. 受けていない	借額	

RG.122

出産育児一時金・同付加金 内払依頼書

健康保険 被保険者 出産育児一時金・同付加金 内払金支払依頼書 被扶養者 差額申請書

被保険者等の 記号・番号	記号	事業所名
被保険者 (申請者) 氏名	生年月日 昭和 平成 年 月 日	
被保険者 (申請者) の現住所	〒	電話 (日中の連絡先) ()
被扶養者の方が 出産したときは その被扶養者氏名	続柄	生年月日 昭和 平成 年 月 日

金融機関 コード	金融機関名	銀行 信金 信組 農協	本店 支店 出張所
口座名義 (カクアテて記入)	預金種別	支店番号	口座番号
	普通 当座		

※ 被保険者(申請者)以外の方が受け取る場合には委任状が必要です。

被保険者 (申請者)	住所	〒	本依頼書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日
氏名	◎		
受領代理人	住所	〒	東京金属健康保険組合 受付日付印
氏名	◎ (被保険者の印と別の 印を押してください)		
委任者と代理 人との関係	電話 (日中の連絡先)	()	

この依頼書は、出産育児一時金の直接支払制度を利用された方のうち、以下についての支払いをするためのものです。

- ・女性被保険者に対する出産育児一時金付加金 52,000円
- ・出産に要した費用が出産育児一時金 500,000円*(産科医療補償制度対象外の場合は488,000円)未済であった場合はその差額
- *令和5年3月31日までの出産は、出産育児一時金・家族出産育児一時金は420,000円(産科医療補償制度対象外の場合は408,000円)

提出に際しては、医療機関が発行する領収・明細書(**出産日 生まれた子どもの人数 代理受取額**)の記載があり、 **産科医療補償制度加入機関のゴム印** が押されたもの)の写しを添付してください。

RG.122

海外出産における調査に関わる同意書

同意書
Letter of Consent

東京金属事業健康保険組合 御中

(出産された方の氏名)

私 _____ は、東京金属事業健康保険組合または東京金属事業健康保険組合が委託した事業者が自ら、私が提出した出産育児一時金の支給申請書類に記載された事実(出産を行った日時、場所、内容等)を確認するため、当該海外出産の介助を行った者(海外の医療機関等)に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

なお、国や地域、医療機関から別途同意書や委任状等を求められた場合、当該書類に必要事項を記載することや、その他の書類が必要となる場合に当該必要書類の提示等に協力することも、併せて同意します。

To: Tokyo kinzoku jigyo health insurance society

I, as a person who deliver overseas, authorize Tokyo kinzoku jigyo health insurance society and its outsourcing contractor(s) to refer and obtain any and all factual information related to my application document(s) for Childbirth Lump-Sum Allowance including information of delivery date, place, and any treatment records from the delivery assistance (medical organization etc.) in order to verify the fact of the delivery.

Further, I agree to fill out other document(s) if countries, regions or medical organizations require to submit consent letter or authorization letter in their format, and agree to provide help to submit other document(s) if it is necessary along verification process written above.

・出 産 日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日
•Delivery date : Year _____ Month _____ Day _____

・海外出産した方
氏 名 : _____
住 所 : _____
生 年 月 日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

•Person who deliver overseas
(Name) : _____
(Address) : _____
(Date of birth) : Year _____ Month _____ Day _____

埋葬料(費)について(現金給付)

被保険者が死亡したとき「埋葬料」または「埋葬費」、被扶養者が死亡したときは「家族埋葬料」が支給されます。

埋葬料で支給される場合 法定給付額 ⇒ 50,000円

- 被保険者が死亡したとき……死亡した被保険者に生計を維持されていた人に
(付加給付額 50,000円)
- 被扶養者が死亡したとき……被保険者に
(付加給付額 15,000円)

埋葬費で支給される場合 法定給付額 ⇒ 埋葬に要した費用実費額50,000円を限度

- 被保険者が死亡したとき……死亡した被保険者と生計維持関係の人が
いない場合、実際に埋葬を行った人に
(埋葬を行ったときの費用の領収書(原本)が必要)

<申請方法について>

- ・申請書の欄に事業主の証明がない場合は、死亡が確認できる証明書類(死亡診断書(写)など)の添付が必要です。
- ・被保険者が死亡したとき、生計維持関係を確認できる書類(住民票など)が必要な場合があります。

埋葬料・同付加金(埋葬費)申請書

健康保険 被保険者 埋葬料・同付加金(埋葬費)申請書
被扶養者

年 月 日提出

○記入の方法は裏面を参照してください

被保険者または申請者が記入するところ	① 被保険者等の記号・番号	記号	② 被保険者(申請者)の氏名		
	③ 被保険者の生年月日	昭和 年 月 日 平成	④ 事業所名		
	⑤ 被保険者(申請者)の現住所	〒 電話(日中の連絡先) ()			
	⑥ 死亡年月日	令和 年 月 日	⑦ 死亡原因	(必ず記入してください)	⑧ 業務上のものでしょうか 第三者によるものですか
	⑨ 被保険者が死亡した際の申請の場合は、その埋葬した年月日	氏名	令和 年 月 日	申請者との身分関係	埋葬に要した費用の額 円
事業主が証明するところ	⑩ 被扶養者が死亡した際の申請の場合は、その方	氏名	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	被保険者との続柄
	以下のいずれかに該当する場合、右欄に記入してください			保険者	名称
	⑪ ア、資格喪失後、家族の被扶養者となったときはその被保険者等のイ、被扶養者が以前被保険者であったときは、その当時の被保険者等の			記号・番号	被保険者氏名
⑫ 死亡した方の氏名	⑬ 死亡した方		被保険者・被扶養者		
	⑭ 死亡した年月日		令和 年 月 日		
	うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日				
⑮ 事業所所在地	事業所名		電話 ()		
	事業主名				
⑯ 振込口座	金融機関コード	金融機関名	銀行 信金 信組 農協	本店 支店	出張所
	口座名義(フリガナで記入)	預金種別	支店番号	口座番号	
		普通当座			
*被保険者(申請者)以外の方が受け取る場合には委任状が必要です。					
⑰ 委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日				
	被保険者(申請者)	住所	〒		
		氏名	印		
	受領代理人	住所	〒		
		氏名	印 (被保険者の印と別の印を押してください)		
	委任者と代理人との関係	電話	(日中の連絡先) ()		

東京金属事業健康保険組合
受付日付印



ご視聴ありがとうございました

【給付②】

東京金属事業健康保険組合 業務部