

大阪市国民健康保険出産育児一時金受取代理制度実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第58条第1項及び大阪市国民健康保険条例（昭和36年条例第3号。以下「条例」という。）第8条の規定により支給する出産育児一時金（以下「出産育児一時金」という。）について、世帯主が医療機関又は助産所（以下「医療機関等」という。）を受取代理人とする申請を行うことで、出産育児一時金の額を限度として、医療機関等が世帯主に代わって出産育児一時金を受け取ることにより、世帯主が医療機関等の窓口において出産費用を支払う負担を軽減することを目的とする。

(対象者)

第2条 この要綱により出産育児一時金受取代理制度を利用することができる者は、次の要件をすべて満たすものとする。

ただし、他の公的医療保険・共済組合から出産育児一時金に相当する給付を受ける見込みである場合、その他市長が受取代理による申請が適当でないと認める場合は対象としない。

- (1) 出産予定日まで2か月以内の被保険者の属する世帯の世帯主であって、条例第8条の規定により出産育児一時金が支給される見込みである者であること。
- (2) 医療機関等から受取代理についての同意を得ていること。

(対象医療機関等)

第3条 この要綱により受取代理人となることができる医療機関等は、厚生労働省に受取代理制度の導入を届け出た医療機関等とする。

(受取代理の範囲)

第4条 受取代理は、出産育児一時金の額を限度として、医療機関等が世帯主に対して請求する出産費用の額の範囲内とする。

(受取代理申請)

第5条 受取代理による出産育児一時金の支給を受けようとする者は、市長に出産予定者の運転免許証、旅券、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）第2条第7項に規定する個人番号カードその他法律又はこれに基づく命令の規定により交付された書類のうち、国民健康保険出産育児一時金受取代理申請書に記載されている出産予定の被保険者の氏名及び生年月日が記載されているもので、当該出産予定のものが本人であることを確認するに足りる

もの、及び母子保健法（昭和40年法律141号）第16条第1項の規定により交付された母子健康手帳又はその他出産予定日を証明する書類を提示し、「国民健康保険出産育児一時金受取代理申請書（様式第1号）」に必要事項（受取代理人となる医療機関による必要事項の記載を含む）を記載のうえ提出する。

（医療機関への通知）

第6条 市長は、前条の受取代理申請を受理した場合は、受取代理承認医療機関等に対し、出産育児一時金受取代理申請を受理した旨を記した「医療機関連絡票（承認）（様式第3号）」により通知する。

（出産事実及び分娩費の報告）

第7条 医療機関等は、分娩後において、出生証明書類、分娩費請求書類及び「出産費用請求書等の送付について（様式第4号）」により報告する。

（出産育児一時金の支払）

第8条 市長は、前項の報告を受けたときは、世帯主が出産育児一時金の支給要件に該当していることを確認のうえ、次により出産育児一時金の支給決定を行い、医療機関等に「出産育児一時金の振込みについて（通知）（様式第6号）」により通知する。

- （1）分娩費請求書の写しに記載された請求額が出産育児一時金の額以上の場合、出産育児一時金の額を医療機関等が指定した口座に振り込む。
- （2）分娩費請求書の写しに記載された請求額が出産育児一時金の額未満の場合は、当該請求額を医療機関等が指定した口座に振り込み、出産育児一時金の額と医療機関等への振込額との差額を世帯主に支払う。

（受取代理申請の無効）

第9条 受取代理申請を行った世帯主又は出産予定の被保険者が、次の各号に該当したことにより、出産育児一時金の支給要件に該当しなくなった場合は、第5条による受取代理申請を無効とし、出産育児一時金の支給に関し当該要綱の規定は適用しない。

- （1）出産予定の被保険者が、大阪市国民健康保険の被保険者資格を喪失したとき。
- （2）受取代理申請者が出産予定の被保険者が属する世帯の世帯主でなくなったとき。
- （3）出産予定者の出産について、他の公的医療保険・共済組合から出産育児一時金に相当する給付を受ける見込みとなったとき。

- 2 前項に該当することが明らかとなったとき、市長は受取代理申請を行った世帯主及び受取代理人である医療機関等に対し、理由を付して受取代理申請が取消となった旨を「出産育児一時金受取代理不支給決定通知書（様式第7号）」により通知する。

(受取代理申請の取り下げ)

第10条 世帯主が受取代理申請を取り下げる場合は、市長に対し出産育児一時金受取代理申請取下申出書（様式第2号）を提出しなければならない。

2 市長は前項の取下申出書を受理した場合、世帯主及び受取代理人である医療機関等に対し、取下申出があつた旨を「出産育児一時金受取代理不支給決定通知書（様式第7号）」により通知する。

(受取代理人の予定外の変更)

第11条 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あつて、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及び再申請の時間的余裕がない場合、世帯主は「受取代理人変更届（様式第8号）」に必要事項を記載の上、新たに受取代理人となる医療機関等を通じて提出すること。

この場合、変更後の受取代理人に対し「医療機関連絡票（承認）（様式第3号）」は送付しない。

(他区への住所変更の場合の取扱い)

第12条 受取代理申請者が、申請を行つた区以外の区に住所を異動した場合（第9条に該当する場合を除く）は、新住所地の区において受取代理申請が行われたものとみなす。

2 前項の場合、旧住所地の区は新住所地の区に受取代理申請に係る一件書類を送付する。

3 新住所地の区は、受取代理人である医療機関等に対し、変更後の住所等の連絡を行う。

附 則

この要綱は、平成20年9月1日より施行する。

附 則（平成23.4.1）

1 この要綱は、平成23年4月1日より施行する。

2 この要綱の施行の日前の出産については、なお従前の例による。

附 則（平成27.1.1）

1 この要綱は、平成27年1月1日より施行する。

2 この要綱の施行の日前の出産については、なお従前の例による。

附 則（令和6.12.2）

- 1 この要綱は、令和6年12月2日より施行する。
- 2 この要綱の施行の日前の出産については、なお従前の例による。

国民健康保険出産育児一時金受取代理申請書

受付番号

号

(提出先) 大阪市長

次のとおり関係書類を添えて出産育児一時金受取代理を申請します。資格の確認に必要な公簿を閲覧されることに異議ありません。

※以下、太線の枠内のみ記入してください。

申請者(世帯主)		申請日 令和 年 年 日			区処理欄
〒 -					受付
住所 大阪市 区					資格確認
日中連絡の取れる電話番号 -		※必ずご記入ください			給付記録
(フリガナ)		被保険者 記号・番号			通知
氏名		阪国	・		
出産予定の被保険者の氏名					受取代理の上限額
(フリガナ)					(R3.12.31以前の出産) <input type="checkbox"/> 404,000円 <input type="checkbox"/> 16,000円加算(産科医療補償加入)
氏名					(R4.1.1~R5.3.31の間の出産) <input type="checkbox"/> 408,000円 <input type="checkbox"/> 12,000円加算(産科医療補償加入)
生年月日 昭和 年 月 日					(R5.4.1以降の出産) <input type="checkbox"/> 488,000円 <input type="checkbox"/> 12,000円加算(産科医療補償加入)
事実確認	母子健康手帳 (市区町村交付第 号) その他		担当係長		上記のとおり決定し、医療機関等及び申請者あて通知します。
			担当者確認		起案 令和 年 月 日 施行 令和 年 月 日
	出産予定日: 令和 年 月 日				課長 課長代理 担当係長 係員
委任状					
委任者(世帯主)記載欄	甲(世帯主) は、裏面の確認事項を承認のうえ、				
	乙(医療機関等) を代理人と定め、次の権限を委任する。				
	甲の申請に係る出産育児一時金のうち、金 0 0 0 円を上限として、				
	乙が甲に対して出産に関して請求する費用に相当する額の <input type="checkbox"/> 受領にすること。				
	令和 年 月 日				
	甲(世帯主)の住所 同上 氏名				
受任者(医療機関等)記載欄	乙(代理人)の住所又は主たる事務所の所在地				
	氏名又は法人の名称及び代表者氏名				
	連絡先の電話番号等				
	都道府県コード		医療機関コード		
	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店	銀行コード	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 <input type="checkbox"/> 賢蓄預金	口座番号		支店コード
(フリガナ)					
口座名義					
同意書兼誓約書	<input type="checkbox"/> 大阪市が申請書等の事実確認のため、委任者に受任者の情報を提供することに同意します。 <input type="checkbox"/> 委任者の意思に基づかず申請し給付を受領した場合は、速やかに委任者へ引き渡すことを誓約します。				

※裏面も必ずご一読いただき、確認されたうえでご申請ください。

【被保険者・医療機関等への確認事項】

- 1 この申請を行う際には、母子健康手帳等出産予定日まで2か月以内であることを証明する書類を区役所の窓口にお持ちください。
- 2 (1) 医療機関等の出産に係る請求額が出産育児一時金の額以上である場合、出産育児一時金の全額を医療機関等へお支払します。
(2) 医療機関等の出産に係る請求額が出産育児一時金の額未満である場合、請求額を医療機関等へお支払いし、その請求額との差額については被保険者へお支払します。
- 3 健康保険法、船員保険法及び各種共済組合法の規定により出産育児一時金に相当する給付を受けることができる場合は、国民健康保険法の規定による出産育児一時金の支給を受けることはできません。
- 4 医療機関等から受取代理についての同意が得られない場合、受取代理申請はできません。
- 5 出産予定者が大阪市国民健康保険の資格を喪失した場合や、申請者が出産予定者の属する世帯の世帯主ではなくなった場合など、申請者が大阪市国民健康保険の出産育児一時金の受給予定者でなくなった場合は、受取代理申請は無効になります。
また、受取代理申請をされた区から大阪市内の別の区へ転居した場合についても、受取代理申請が無効となる場合がありますのでご注意ください。この場合、新しい区であらためて申請していただくことが必要です。
- 6 受取代理申請を取り下げる場合や、出産を行う医療機関等を変更した場合は、申請者は受取代理申請取下申出書を区役所の保険業務担当窓口に提出しなければなりません。
- 7 受取代理申請が無効となった場合及び受取代理申請取下申出書の提出があった場合は、区役所から受取代理人に連絡します。この時、申請者の住所・連絡先に関する事項についても併せて連絡する場合があります。
- 8 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、新たな医療機関等でも受取代理制度を利用する場合は、医療機関等に受取代理人変更届を提出してください。

(様式第2号)

令和 年 月 日

大阪市長様

(世帯主)

住所

氏名

出産育児一時金受取代理申請取下申出書

令和 年 月 日付で申請しました国民健康保険出産育児一時金受取代理申請について、下記の理由により取り下げます。

被保険者 記号・番号	阪国	
出産予定者の住所		
出産予定者の氏名		

取下理由（該当する番号を○で囲んでください）

1 出産する医療機関を変更する（した）ため

2 その他



年 月 日

(様式第3号)

大 阪 市 長 印

被保険者 記号・番号	
------------	--

医療機関連絡票（承認）

下記の出産育児一時金受取代理の支給申請については、承認となりましたので通知します。

記

申請者	住所					
	氏名				電話	
出産予定者	フリガナ			被保険者 記号・番号	記号	コード
	氏名				番号	
	生年月日	年 月 日		分娩予定日	年 月 日	
受任者	所在地					
	名称					
	採択		医療機関コード	—		
受取代理の上限額		円				
(注) 分娩後は速やかに請求書及び出生証明書を送付してください。						

(様式第4号)

令和 年 月 日

大阪市長様

(医療機関等)

住所又は主たる事務所の所在地

氏名又は法人の名称及び代表者氏名

出産費用請求書等の送付について

下記の被保険者にかかる出産費用請求書及び出生証明書類について、別添のとおり送付しますので、先に代理受領することに同意した出産育児一時金について、「国民健康保険出産育児一時金受取代理申請書」に記載の金融機関口座にお振り込みください。

被保険者 記号番号	阪国	
出産した被保険者の住所		
出産した被保険者の氏名		

※添付書類…□ 出産費用請求書（写） □ 出生証明書（写）

大 阪 市 長 印

出産育児一時金の振込について（通知）

先に代理受領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いたします。

振込予定日

振込先

口座名義人

記号番号	世帯主	出産日	出産育児一時金	備考
一			円	

なお、詳しくは上記連絡先までお問い合わせください。

大 阪 市 長 印

出産育児一時金受取代理不支給決定通知書

年 月 日付けの出産育児一時金受取代理の支給申請については、次の理由により支給できませんので通知します。

記

年 月 出 産 予 定 分	国民健康保険 出産育児一時金
被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	出 産 予 定 者 氏 名
(理由等)	

令和 年 月 日

(提出先) 大阪市長

申請者
(世帯主)

住所

氏名

被保険者
記号・番号

(記号:阪国

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

世帯主() (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、令和 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。

令和 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	預金 種別	銀行 金庫 信組			店・本店 支店・出張所	
		1:普通 2:当座 3:貯蓄	口座 番号	口座 名義	(フリガナ)	

※「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が必要です。