砥部町国民健康保険出産育児一時金受領委任払実施要綱

平成19年3月1日

砥部町告示第19号

(趣旨)

第1条 この要綱は、砥部町国民健康保険条例（平成17年砥部町条例第107号。以下「条例」という。）第6条の2に規定する出産育児一時金（以下「出産育児一時金」という。）の支給に当たり、砥部町国民健康保険の被保険者が属する世帯の世帯主（以下「世帯主」という。）の委任を受けた保険医療機関等が出産育児一時金を受領すること（以下「受領委任払」という。）に関し、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱において「保険医療機関等」とは、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第36条第3項に規定する保険医療機関及び医療法（昭和23年法律第205号）第2条に規定する助産所をいう。

(受領委任払の利用対象者)

第3条 第1条の受領委任払を利用することができる者は、条例第6条の2の規定により出産育児一時金の支給を受けることが見込まれる世帯主であって、次の各号のいずれの要件にも該当する者とする。

- (1) 砥部町国民健康保険出産費資金貸付規則（平成17年砥部町規則第75号）に基づく出産費貸付けを受けていない者
- (2) 被保険者の出産予定日まで1箇月以内である者
- (3) 国民健康保険税を滞納していない者（町長が特に受領委任払が必要と認める者を除く。）

(承認の申請)

第4条 受領委任払を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、その委任を受けて出産育児一時金を受領する保険医療機関等（以下「受領保険医療機関」という。）の同意を得て、出産育児一時金受領委任払承認申請書（様式第1号）により町長に承認の申請をしなければならない。

(承認又は不承認の決定)

第5条 町長は、前条の規定により申請があったときは、速やかにその内容を審査し、承認又は不承認の決定をするものとする。

2 町長は、前項の規定により決定をしたときは、その結果を出産育児一時金受領委任払承認・不承認決定通知書（様式第2号）により申請者及び受領保険医療機関に通知するものとする。

(支給の申請)

第6条 前条の規定により町長の承認を受けた申請者(以下「委任者」という。)は、被保険者の出産後、速やかに出産育児一時金支給申請書(受領委任払用)(様式第3号)により町長に支給の申請をしなければならない。

(支払い)

第7条 町長は、前条の規定により出産育児一時金の支給申請があった場合は、その内容を審査し、適当と認めたときは、速やかに受領保険医療機関に出産育児一時金を支払うものとする。ただし、出産に要した費用の額が出産育児一時金の額に満たないときは、当該出産に要した費用の額を受領委任払の額とし、出産育児一時金の額から出産に要した費用の額を減じた額については、これを委任者に支払うものとする。

(申請変更の届出等)

第8条 委任者は、出産育児一時金受領委任払承認申請書の記載事項に変更が生じたときは、速やかに出産育児一時金受領委任払承認申請変更届出書(様式第4号)により町長に届け出なければならない。

2 町長は、前項の届出があったときは、その内容を確認し、当該届出が第5条第2項の承認決定の通知後になされたものである場合には、出産育児一時金受領委任払承認変更通知書(様式第5号)を委任者及び受領保険医療機関に交付するものとする。

(受領委任払の辞退)

第9条 委任者は、受領委任払を辞退しようとするときは、受領保険医療機関の同意を得て、出産育児一時金受領委任払辞退届出書(様式第6号)により町長に届け出なければならない。

2 町長は、前項の届出があったときは、第5条の承認及び前条第2項の承認変更を取り消すものとし、出産育児一時金受領委任払承認取消通知書(様式第7号)を委任者及び受領保険医療機関に交付するものとする。

(受領保険医療機関の変更)

第10条 委任者は、受領保険医療機関を変更しようとするときは、前条の手続きを経て、第4条の規定による申請をしなければならない。

(承認の取消し)

第11条 町長は、委任者又は出産者が次の各号のいずれかに該当したときは、第5条の承認及び第8条第2項の承認変更を取り消すものとし、委任者及び受領保険医療機関に対し出産育児一時金受領委任払承認取消通知書により通知するものとする。

- (1) 出産予定者が出産日前に砥部町国民健康保険の加入資格を喪失したとき。
- (2) 第3条に規定する対象者の要件を満たさなくなったとき。
- (3) 第4条の申請に係る出産育児一時金に相当する給付を他の制度により受けることができることとなったとき。

(4) 委任者が虚偽その他不正の行為により申請等をしたことが判明したとき。

(5) 前4号に掲げるもののほか、受領委任払をすることが適当でないと認めるとき。

(出産育児一時金の返還請求)

第12条 この要綱に基づく受領委任払の方法による出産育児一時金の支払いをした後における法律、条例等の規定による当該出産育児一時金の返還の請求は、委任者に対して行うものとする。

(その他)

第13条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成19年4月1日から施行する。

様式第1号（第4条関係）

承認番号	第	-	号
------	---	---	---

出産育児一時金受領委任払承認申請書		年 月 日
砥部町長 様 出産育児一時金受領委任払を受けたいので申請します。		
被保険者証記号番号		
住 出 申 出	住 所	砥部町
	氏 名	Ⓜ

医療機関等同意書	
砥部町長 様	
出産（予定）者氏名	
出産（予定）者生年月日	年 月 日
出産予定日又は出産年月日	年 月 日
上記出産に係る出産育児一時金の受領を受任することに同意します。年 月 日	
保険医療機関等 (開設者)	住 所 氏 名 Ⓜ
TEL - -	担当者：
医療機関コード	

決定区分		承認 ・ 不承認		決定年月日		年 月 日
決 裁	課長	課長補佐	係長	係	担当	確認者

出産育児一時金受領委任払承認・不承認決定通知書

承認番号		第 - 号	被保険者証 記号番号						
世帯主	住所								
	氏名								
出産（予定）者氏名			生年月日	年 月 日					
出 産 日 （ 出 産 予 定 日 ）		年 月 日							
医 療 機 関 等 名									
受領委任払限度額		_____円							
決 定 区 分		承認 ・ 不承認							
理 由 (不承認の場合)									
<p>年 月 日付けの出産育児一時金受領委任払承認申請について、上記のとおり決定したので通知します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">砥部町長 ㊟</p>									

(注)

- 1 今回の出産に係る出産育児一時金を委任に基づき砥部町が医療機関等に支払います。ただし、医療機関等からの請求額が受領委任払限度額を超える場合は、その超える金額を医療機関等に支払っていただくこととなります。また、医療機関等からの請求額が受領委任払限度額に満たない場合は、その差額を砥部町が世帯主に支払います。
- 2 この承認・不承認決定通知書は、今回の出産及び医療機関等についてのみ有効です。
- 3 決定区分が承認であっても、町外への転出や他の医療保険への加入等によって、出産日に砥部町国民健康保険の加入資格を喪失している場合は、承認は取り消されます。また、既に砥部町が出産育児一時金を支払っている場合には、砥部町に返還していただきます。

出産育児一時金支給申請書 (受領委任払用)

年 月 日

砥部町長 様 出産育児一時金の支給を下記のとおり申請します。

世帯主 住所
氏名 (印)
(電話 自宅・勤務先 - -)

被保険者証記号番号			
出生児氏名	男・女	世帯主との続柄	
分娩者氏名		分娩年月	年 月 日
医療機関等名		分娩者生年月日	年 月 日

契 約 書

甲は、砥部町から支給される出産育児一時金(上記申請分に限る。)の受領の権限を乙に委任する。ただし、請求額が出産育児一時金に満たない場合は、その請求額を限度として受領の権限を乙に委任する。

年 月 日

甲 世帯主 住所
氏名 (印)

乙 医療機関等 住所
(開設者) 氏名 (印)

費用請求額 _____ 円

医療機関コード

上記のとおり契約したので提出します。

砥部町長 様

出産・死産に関する医師・助産師の証明

_____ は、 年 月 日 出産・死産 (第 週) したことを証明する。

【 単胎 ・ 多胎 (胎) 】 年 月 日

医師・助産師 住所
氏名 (印)

◎請求額が出産育児一時金に満たない場合は、世帯主の口座情報を記入してください。

受取金融機関	銀行	本店 (所)	1 普通
	信用金庫	支店 (所)	2 当座
	農協	出張所	3 その他
口座番号	口座名義人 (フリガナ)		

◎医療機関等の口座情報を記入してください。

受取金融機関	銀行	本店 (所)	1 普通
	信用金庫	支店 (所)	2 当座
	農協	出張所	3 その他
口座番号	口座名義人 (フリガナ)		

甲への支給額 _____ 円 乙への支給額 _____ 円

出産育児一時金受領委任払承認変更通知書

承認番号		第 - 号	被保険者証 記号番号						
世帯主	住所								
	氏名								
出産（予定）者氏名			生年月日	年 月 日					
出 産 日 （ 出 産 予 定 日 ）		年 月 日							
医 療 機 関 等 名									
受領委任払限度額		_____ 円							
変 更 内 容		住所・世帯主氏名・その他（ _____ ）							
変 更 理 由									
<p>年 月 日付で通知した出産育児一時金受領委任払承認の内容について、年 月 日付けの変更届出書に基づき、上記のとおり変更したので通知します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">砥部町長 ⑩</p>									

(注)

- 1 今回の出産に係る出産育児一時金を委任に基づき砥部町が医療機関等に支払います。ただし、医療機関等からの請求額が受領委任払限度額を超える場合は、その超える金額を医療機関等に支払っていただくこととなります。また、医療機関等からの請求額が受領委任払限度額に満たない場合は、その差額を砥部町が世帯主に支払います。
- 2 この承認・不承認決定通知書は、今回の出産及び医療機関等についてのみ有効です。
- 3 決定区分が承認であっても、町外への転出や他の医療保険への加入等によって、出産日に砥部町国民健康保険の加入資格を喪失している場合は、承認は取り消されます。また、既に砥部町が出産育児一時金を支払っている場合には、砥部町に返還していただきます。

様式第7号（第9条、第11条関係）

出産育児一時金受領委任払承認取消通知書

承認番号	第 - 号	被保険者証 記号番号					
妊婦 氏名	住所						
	氏名						
出産（予定）者氏名		生年月日	年	月	日		
出 産 日 （ 出 産 予 定 日 ）	年 月 日						
医 療 機 関 等 名							
受領委任払限度額	_____ 円						
取 消 理 由							
年 月 日付けで承認決定（ 年 月 日付けで承認変更）の通知をした出産育児一時金受領委任払について、上記のとおり取り消したので通知します。							
年 月 日							
砥部町長 ㊟							

(注)

既に砥部町が出産育児一時金を支出している場合には、砥部町に返還していただきます。