

大口町国民健康保険出産育児一時金受領委任払要綱

(目的)

第1条 この要綱は、大口町国民健康保険条例（昭和34年大口町条例第3号。以下「条例」という。）第6条に規定する出産育児一時金に係る出産育児一時金受領委任払制度の実施に関し必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱において出産育児一時金受領委任払制度（以下「制度」という。）とは、大口町国民健康保険の被保険者（以下「被保険者」という。）の属する世帯の世帯主が、出産育児一時金の受領の権限を医療機関等に委任することをいう。

(対象者)

第3条 この制度の対象者は、原則として国民健康保険税の滞納のない世帯であつて、条例第6条の規定による出産育児一時金の支給を受けることが見込まれる妊娠4月以上の被保険者が属する世帯の世帯主（以下「対象世帯主」という。）とする。

(申請)

第4条 制度の適用を受けようとする対象世帯主は、出産育児一時金受領委任払申請書（様式第1。以下「申請書」という。）に医療機関等の同意を得るとともに、妊娠4月以上であることを証明する書類（母子手帳等）を添えて町長に申請しなければならない。

(承認)

第5条 町長は、前条の申請書を審査し、制度の適用を承認したときは承認通知書（様式第2）により、不承認としたときは不承認通知書（様式第3）により、申請書に通知するものとする。

(支払)

第6条 町長は、出産育児一時金の支給を決定したときは、当該申請に同意した医療機関等に出産育児一時金を支払うものとする。ただし、分娩費用が出産育児一時金以内の場合は、その額を受領委任払額とし、残額は、世帯主に支払うものと

する。

(取消)

第7条 町長は、第5条の規定により承認をした場合においても、次の各号のいずれかに該当するときは、承認取消通知書(様式第4)により、その承認を取消すものとする。

- (1) 出産日前に被保険者としての資格を喪失したとき。
- (2) 申請書の同意欄に記入した医療機関以外で出産したとき。

(その他必要事項)

第8条 この要綱に定めるもののほか、出産育児一時金受領委任払に関して必要な事項は、町長が定める。

附 則(平成13年8月29日 大口町告示第68号)

この要綱は、平成13年10月1日から施行する。

附 則(令和3年3月30日 大口町告示第51号)

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

附 則(令和6年11月29日 大口町告示第111号)

- 1 この要綱は、令和6年12月2日から施行する。
- 2 この要綱の施行の際現にこの要綱による改正前の大口町国民健康保険出産育児一時金受領委任払要綱の規定により作成された諸様式は、この要綱による改正後の大口町国民健康保険出産育児一時金受領委任払要綱の規定にかかわらず、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

出産育児一時金受領委任払申請書

年 月 日
<p>大口町長様</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">申請者 氏 名 (世帯主)</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p>次のとおり申請します。</p> <p>被 保 険 者 記 号 番 号</p> <p>出産を予定する被保険者氏名</p> <p style="text-align: right;">(年 月 日生)</p>

委任欄	<p>出産育児一時金の全部又は一部の受領に関する権利を下記の医療機関等に委任します。</p> <p style="text-align: center;">委任者(世帯主)</p>
-----	--

医療機関等記入欄	同意欄	<p>大口町国民健康保険出産育児一時金受領委任払要綱に基づき受領委任払に同意します。</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">名 称</p>		
	振込先	金融機関名	銀行	支店
		口座の種類	普通 ・ 当座	口座番号
	(フリガナ) 口座名義人			

処 理 欄	理 由
承認 ・ 不承認	

承認通知書

第 年 月 日 号

様

大口町長



年 月 日付け申請による出産育児一時金受領委任払の件
については、承認します。

記

受領委任払医療機関名

注意事項

- ・ 出産後、すみやかに出産育児一時金の支給申請をしてください。
- ・ この通知書（写）を医療機関等に提出してください。

不承認通知書

第 年 月 日
号

様

大口町長

印

年 月 日付け申請による出産育児一時金受領委任払の件
については、下記の理由により却下します。

記

申請を不承認とした理由

承認取消通知書

第 年 月 日
号

様

大口町長

印

年 月 日付けで承認しました出産育児一時金受領委任払の件については、下記の理由により承認を取り消します。

記

申請を取り消す理由