

健康保険

出産育児一時金

常務理事	事務長	課長	担当者

被保険者
家族

内払金支払依頼書
差額・付加給付申請書
(直接支払制度利用)

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号 Insurance card C o d e 1 2 3	番号 Number 4 5 6 7 8	生年月日 date of birth 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 0 2 0 1 0 1
	氏名 Name	(フリガナ) ケンコウ ハナコ Hanako Kenkou		
	住所 address 電話番号 (日中の連絡先)	(〒 ○○○ - ○○○○) Tokyo 都道府県 ○○ku □□1 - 2 - 3 TEL ○○○ (○○○○) ○○○○		
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)				

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。			
	金融機関 名称	Name of financial institution ○ ○ ○	branch 銀行 金庫 信組 農協 漁協 其他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	Account Number 口座番号 1 2 3 4 5 6 7	左づめてご記入ください。
口座名義 Name of account holder (Katakana)	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(゜)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。) ケンコウ ハナコ		口座名義 の区分	1 1. 申請者 2. 代理人

※原則、被保険者のご本人口座へのお振込みになります。

「2」の場合は必ずご記入ください。

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	住所 (フリガナ) 氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	委任者と 代理人との 関係
		(〒 -) TEL ()		

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者証の記号番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です
マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です
被保険者のマイナンバー記載欄

(R2.12)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

被保険者氏名 Hanako Kenkou

申請内容	1 出産した者	1 被保険者 2. 家族 (被扶養者) 1. Insured 2. Family member	
	1 - ① 家族の場合はその方の	氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	Date of delivery 2 出産した年月日	令和 04 年 01 月 01 日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	Live birth or stillbirth 3 生産または死産の別	1 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在 1. Live birth 2. Stillbirth 3. Live birth/stillbirth mixed	
	3 - ① 「生産」の場合出生人数	1 人	3 - ② 「死産」の場合死産児数 <input type="text"/> 人
Name of the medical institution where the birth took place		3 - ② - (1) 「死産」の場合妊娠経過期間 満 <input type="text"/> 週	
4 出産した医療機関等	名称 OOMaternity hospital	所在地 Tokyo Ooku □□ 1 - 2 - 3	
5 出産した方	●被保険者 → 退職後6ヶ月以内の出産ですか。 ●家 族 → 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。 Has the baby been born within 6 months after joining our society?		2 1. はい 2. いいえ 1. Yes 2. NO
5 - ① 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。 ●被保険者 → 現在加入している保険者について ●家 族 → 当組合加入前に加入していた保険者について	保険者名	記号・番号	
5 - ① - (1) 同一の出産について、5 - ①の保険者より出産育児一時金を			<input type="checkbox"/> 1. 受けた/受ける予定 2. 受けない

証明欄 (いずれかにご記入ください)	医師・助産師による証明の場合	出産者氏名	出生年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
		出生児の数 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → (<input type="text"/> 児)	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 <input type="text"/> 週)
		上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日	医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名	
市区町村長による証明の場合 (生産のみ)	本籍	筆頭者氏名		
	母の氏名	出生児氏名	出生年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日	市区町村長名		

【Attached document】

1. Copy of receipt/statement (with the seal of the institution participating in the obstetric medical care system)
2. Copy of agreement regarding the direct payment system for medical institutions for childbirth and childcare lump sum allowance

【添付書類】

1. 領収書・明細書のコピー (産科医療保障制度加入機関の押印があるもの)
2. 出産育児一時金の医療機関直接支払い制度についての同意書のコピー

【差額申請書として提出する場合】

医師・助産師による出産証明、または市区町村長による出生に関して戸籍に記載した事項等の証明は必要ありません。

【内払金支払依頼書として提出する場合】

医師・助産師による出産証明、または市区町村長による出生に関して戸籍に記載した事項等の証明を受けてください。

死産の場合は、医師・助産師に限って証明を受けてください。ただし、医療機関等から交付される領収書・明細書に「出産年月日」および「出生児数」が記載されている場合、もしくは死産の場合で「死産年月日」および「妊娠週数」が記載されている場合は必要ありません。