

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 内払金支払依頼書 差額申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名・印	(フリガナ) ケンポ アイコ	健保 愛子	自署の場合は押印を省略できます。		
	住所	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇)	〇〇	都 道 府 県	〇〇市〇〇町1-1	
電話番号 (日中の連絡先)	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	金融機関 名称	〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	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	口座番号 <input type="text"/>
	口座名義	▼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(ˆ)は1字としてご記入ください。)		口座名義の区分
		ケンポ アイコ		1 1. 申請者 2. 代理人

出産費用が出産育児一時金等の額を下回る場合

出産育児一時金等の額と出産費用(実費)に差額がでた場合は、健保組合に請求してください。

【添付書類】

医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書のコピー

※領収・明細書には、医療機関等が支払機関へ提出する「専用請求書の内容と相違ない旨」の記載および「産科医療補償制度の対象分娩であることを証明するスタンプ」が押印(該当する場合のみ)されています。



「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

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄



受付日付印

(29.3)

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 内払金支払依頼書 差額申請書

1 2 申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名		健保 愛子		
申請内容	1 出産した者	1 1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）		
	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="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	2 出産した年月日	平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
	3 生産または死産の別	1 1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在		
	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	3-②-(1) 「死産」の場合妊娠経過期間 満 <input type="text"/> 週
	4 出産児の氏名	健保 花子		
5 出産した医療機関等	名称 ○○○病院	所在地 ○	出産した病院、診療所又は助産所などの医療施設名を記入してください。（自宅出産の場合は、その旨を記入してください。）	
6 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。		2 1. はい	
6-① 「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	
6-①-(1) 同一の出産について、6-①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		<input type="checkbox"/> 2. 受けない	

被保険者が出産したときは、「1」を記入してください。家族が出産したときは「2」を記入し、その方の氏名、生年月日を記入してください。

生産・死産の別、出生人数を記入してください。死産の場合は、死産児数と妊娠経過期間（満○○週）を記入してください。

出生児が複数のときは、それぞれの氏名を記入してください

出産した病院、診療所又は助産所などの医療施設名を記入してください。（自宅出産の場合は、その旨を記入してください。）

証明欄 (いずれかに「記入ください」)	医師・助産師による証明の場合	出産者氏名	出産年月日	平成 <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 → () 児	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 週)
		医療施設の所在地		
		上記のとおり相違ないことを証明する		
証明の場合(生産のみ)	領収書に「出産年月日」「出産児数」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」「妊娠週数」が記載されている場合は証明の必要はありません。			
	母の氏名	出生児氏名	出生年月日	平成 <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。			市区町村長名 <input type="text"/>

【添付書類】

- 領収・明細書の写しを添付してください
- 【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・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。
- 【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。