

常務理事	事務長		

**健康保険 家族 出産育児一時金** 内払金支払依頼書  
**差額申請書**

◎「※」印欄は記入しないでください。

被保険者証の記号・番号				被保険者の生年月日				届書種別	受付年度	通番				グループ		
				昭和 平成 令和	年	月	日	04	令和	※	年					※
被保険者 (申請者)の 氏名と印		(フリガナ)				事業所の 名称		所在地								
被保険者 (申請者)の 住所		郵便 番号	(フリガナ)				都道 府県		電話		( )					
被扶養者が出産した ための申請である ときは、その方の		被扶養者の氏名				被扶養者の生年月日				被扶養者番号						
						昭和 平成 令和				年	月	日	※			
出産した年月日		出産児数		死産児数		妊娠経過期間		法第3条第2項被保険者として支給を受けた場合はその額(調整減額)								
平成 令和	年	月	日	人	人	週		円								
出産児の氏名				被保険者と 出生時の続柄		出産した医療機関等										
(フリガナ)						名称										
						所在地		電話 ( )								
甲(本人)申請者(出産育児一時金)甲(本人)申請者(出産育児一時金)	今回の申請は、退職等により、被保険者資格の喪失後、6カ月以内に出産したことによる申請ですか。						<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ							
	上段で、「はい」と答えた場合、資格喪失後に家族の被扶養者になっていますか。						<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ							
	被扶養者の場合、資格喪失後に家族の被扶養者として加入している健康保険の保険者名と記号・番号を記入してください。						保険者名									
							記号・番号									
	今回の申請は、家族が被扶養者認定後、6カ月以内に出産したことによる申請ですか。						<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ							
	上段で、「はい」と答えた場合、家族が被扶養者の認定を受けた要因は退職等により、健康保険の資格を喪失したことによるものですか。						<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ							
喪失したことによる場合、家族が被扶養者認定前に加入していた健康保険の保険者名と記号・番号を記入してください。						保険者名										
						記号・番号										
請求年月日		特別コード	不支給理由	106条	貸付/代理表示	貸付金額	産科医療補償制度	法定支給額	支払方法	受取人住所区分						
令和	年	月	日	※	※	0:非該当 1:該当	※	0:なし 1:貸付有り 2:代理有り	※	0:未加入 1:加入	※	0:本人 1:代理人	※	2:個人払い 1:その他		
出産者氏名		出産年月日				平成 令和	年	月	日							
出生時児の数		単胎・多胎(児)		生産または死産の別		生産		死産(妊娠週)								
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						(印)				
本籍		筆頭者氏名														
母の氏名		出生児氏名		出生年月日		年	月	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						(印)										

振込希望口座	支払区分	1 金融機関										
		金融機関コード					銀行 金庫 信組					店・本店 支店・出張所
		※					信連・信漁連 農協・漁協					本所・支所 本店・支店
		預金種別	1:普通 2:当座	3:別段 4:通知	口座番号						口座名義	(フリガナ)

給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受取代理人の欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日										
	被保険者 住 所 (申請書) 氏 名										
	㊟										
受取人情報	代理人の氏名と印	(フリガナ)					委任者と代理人との関係				
	代理人の住所	(〒 - )					電話 ( )				

令和 年 月 日

受付日付印

## 添付書類について

※差額申請書として提出する場合は、添付していただく書類はありません。

内払金支払依頼書として提出される場合は、以下の添付書類が必要となりますのでご確認ください。

- 1.証明が必要となる場合において医師・助産師または市区町村長の証明を受けられない場合は、出生が確認おいてできる書類(戸籍謄(抄)本、戸籍記載事項証明書、登録原票記載事項証明書、登録原票記載事項証明書、出生届受理証明書、母子健康手帳(原本提示)、住民票など)を添付してください。
- 2.医師機関等から交付される出産費用の領収・明細書のコピーを添付してください。  
(領収・明細書に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別であることを証明する所定の印」が押印(該当する場合のみ)されています。)
- 3.医療機関から交付される直接支払制度に係る代理契約に関する文書のコピーを添付してください。  
(代理契約に関する文書には、「代理契約を医療機関等と締結している旨」および申請先となる「保険者名」が記載されています。)