

常務理事	事務長		

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

◎「※」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																										
1	0	1								-	1	2	3	4	5	6	昭和 平成 令和	0	6	0	3	0	5	0	4	令和	※	年							※														
被保険者 (申請者)の 氏名と印		(フリガナ) ケンポ タロウ										事業所の			名称		きつこう会健康保険組合																																
被保険者 (申請者)の 住所		郵便 番号		5	5	2	-	0	0	1	1	(フリガナ)										所在地		大阪市港区南市岡1-6-18																									
		[受取人情報]/[被保険者情報]		大阪 都道府県										電話		06 (6616) 9999																																	
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																			
										健保 花子										昭和 平成 令和										3年10月22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)																								
令和	6	年	11	月	30	日	1 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) ケンポ ジロウ										子					名称		多根総合病院																																
健保 二郎															所在地		大阪府大阪市西区九条南1-12-21 電話 06 (6581) 1071																																
申請者 (本人) の出産 育児一時 金欄	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。															☐ はい ☒ 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															☐ はい ☐ 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。															☐ はい ☒ 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。															☐ はい ☐ いいえ																																	
申請者 (本人) の出産 育児一時 金欄	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					産科医療保障制度					法定支給額					支払方法					受取人住所区分				
令和																																																	

医師・助産師または市区町村長が証明するところ	出産者氏名		健保 花子					出産年月日					平成 令和 1 年 6 月 15 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 6 年 12 月 1 日				
	医療施設の所在地																									大阪府大阪市西区九条南1-12-21				
	医療施設の名称																									多根総合病院				
	医師・助産師の氏名																									健保 五郎				
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																														

振込希望口座	支払区分	1 金融機関																	
		金融機関コード					〇〇					銀行 金庫 信組		〇〇			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	普通 2:当座		3:別段 4:通知		口座 番号	1	2	3	4	5	6	7	口座 名義	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎			

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	受取人情報	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														
		印														
		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

出産育児一時金の支給要件等

■ 出産育児一時金の支給要件

被保険者本人が出産した場合は出産育児一時金が支給され、被扶養者が出産した場合は家族出産育児一時金が支給されます。

一時金の対象となるのは、妊娠4ヵ月(85日)以上の出産で、早産、死産、流産、人工妊娠中絶(経済的理由によるものも含む)も含まれます。

<資格喪失後に出産した場合>

被保険者の資格を失った場合でも、資格喪失日の前日(退職日等)までに被保険者期間が継続して1年以上あり、資格喪失後6ヵ月以内に出産した場合は、出産育児一時金の支給を受けることができます。

■ 支給額

1児につき500,000円が支給されます。ただし、産科医療補償制度に加入する医療機関等において、在胎週数22週に達した日以後の出産(死産を含む。)でない場合にあっては488,000円が支給されます。

(流産は在胎週数22週未満において生ずるものであり、人工妊娠中絶も在胎週数22週未満において行われるものであることから、これらの場合は、488,000円が支給されます。)

なお、医療機関等との直接支払制度の利用により出産育児一時金の内払い依頼もしくは差額申請をされた場合は、一時金(500,000円もしくは488,000円)と医療機関等の代理受取額(出産費用)との差額がご指定の口座に振り込まれます。

■ 内払金支払依頼書と差額申請書との違いについて

医療機関等への直接支払制度を利用された場合に、出産費用が一時金の支給額を下回り、一時金と医療機関等の代理受取額との差額が発生する場合は、医療機関等へ代理受取額の支払いを行うとともに、医療機関等へ代理受取額をお支払いした旨および差額分を申請いただく旨のご案内が記載された「出産育児一時金等支給決定通知書」(以下「通知書」といいます。)が協会けんぽから加入者の方へ送付されます。

通知書を受け取られた後に申請書を提出する場合は「差額申請書」として提出いただき、医療機関等への代理受取額が支払われておらず、通知書を受け取る前に早期に差額分の受取りを希望される場合は「内払金支払依頼書」としてご提出ください。