

出産育児一時金 内払金支払依頼書/差額申請書 記入例

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

- ① 記号・番号は「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書（保険証）」に記載されています。
- ② 家族（被扶養者）が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。
被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。
（住所、振込先口座も同様です。）
- ③ 事業主へ委任する場合は、チェックしてください。
- ④ ①の被保険者等記号・番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

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
① 記号・番号 9 8 7 6 5 4 3 2 1		④ 記号・番号 1 2 3 4 5 6 7	
② 氏名 ケンポ タロウ 健保 太郎		生年月日 ☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	
住所 〒 110 - 0000 東京 墨田区〇〇		電話番号 TEL 090 (1234) 〇〇〇〇 1-2-3 □□マンション×××号	
③ ☐ 本請求金額の受領を事業主へ委任します。（委任する場合は記）※事業主へ委任する場合、下記口座欄の記入は不要です。			
金融機関 〇〇〇〇		〇〇〇〇	
預金種別 普通		口座番号 1 2 3 4 5 6 7	
口座名義 ケンポ タロウ			
ゆうちょ 記号 1 〇 ※		口座番号 〇〇〇〇	

※通帳の記載がある方のみご記入ください

【添付書類】

- ・医療機関から交付された合意文書の写し
（直接支払制度にかかわる代理契約を医療機関等と締結している場合および申請先となる当健康保険組合名が記載されているもの）
- ・出産費用の領収・明細書の写し
（産科医療補償制度対象の出産の場合、「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言が印字やスタンプ等により明記されたもの）

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。》》》

社会保険労務士の
提出代行署名記録欄

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		1	2
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		申請者・医師・市区町村長記入用	
被保険者氏名 健保 太郎			
申請内容	1 出産した者 2 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者) 1. の 家族の場合はその方 氏名 健保 花子 生年月日 ☐ 年 ☒ 月 ☐ 日		
	2 出産した年月日 令和 ☐ 年 ☐ 月 ☐ 日		
	3 生産または死産の別 1 1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産兼在 3. の 「生産」の場合出生人数 1 人 3. の 「死産」の場合死産人数 ☐ 人 3. の (1) 「死産」の場合経産経産期間 満 ☐ 週		
	4 出産した医療機関等 名称 ○○産婦人科医院 所在地 東京都△△区○○××××		
	5 出産した方 ●被保険者 ●退職後3ヶ月以内の出産ですが、 ●家族 ●退職後に加入後6ヶ月以内の出産ですが、 2 1. はい 2. いいえ 5. の (1) の場合、被保険者番号と上記記号・番号を記入ください。 ●被保険者 ●現在加入している保険者について ●家族 ●退職後に加入していた保険者について 保険者名 記号・番号		
	5. の (2) 同一の出産について、5. の被保険者より出産育児一時金を ☐ 1. 受けた/受ける予定 2. 受けない		
証明欄(いづれかに「記入ください」)	医師・助産師による証明の場合	出生者氏名 出生年月日 令和 ☐ 年 ☐ 月 ☐ 日 出生児の数 ☐ 産婦 ☐ 分娩 () 死産または死産の別 ☐ 死産 ☐ 死産 (1)産 (2)産 上記のとおり正確でないことを証明する。 医療機関の所在地 令和 ☐ 年 ☐ 月 ☐ 日 医療機関の名称 医師・助産師の氏名	
	市区町村長による証明の場合	市 町 区 長 出生者氏名 母の氏名 出生児氏名 出生年月日 令和 ☐ 年 ☐ 月 ☐ 日 上記のとおり正確でないことを証明する。 市区町村長名	

【内払金支払依頼書として提出する場合】
 医師・助産師による出生証明、または市区町村長による出生に關して戸籍に記録した事項等の証明を要してください。
 死産の場合は、医師・助産師に關して証明を要してください。医師・助産師から交付される通知・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「妊娠経過」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・助産師による出生証明、または市区町村長による出生に關して戸籍に記録した事項等の証明は必要ありません。

日本自動車部品工業健康保険組合

2/2

* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。