

健康保險 被保險者 出產育兒一時金 内払金支払依頼書
被家 族 差額申請書

健 保 記 入 欄	支給額	出産育児一時金(差額)					同年月日	令和 年 月 日		
		出産育児付加金					常務理事	事務長	担当者	
	医療機関からの請求額		¥							
	支払日		令和 年 月 日	産科医療補償制度	加入 ・ 未加入	被扶養者資格	有 ・ 無			
	資格取得		昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日				資格喪失	令和 年 月 日		

被保険者（申請者）情報	記号	番号	生年月日
	被保険者等の 		
氏名	(フリガナ) 		事業所名称
住所	(〒) 都 道 府 県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は ☒)			

※「振込先指定口座」または「受取代理人の欄」のどちらかを選んで記入して下さい。

振込先指定口座

☐ 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☒ 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。

口座名義	（フリガナ）	金融機関 名称	銀行 労金 本店 農協 信金 支店
預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号	左づめでご記入ください。

受取代理人の欄	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
	氏名				住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ			
代理人の事業所(工場)又は住所								
代理人の氏名								

- ・訂正は訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入してください
- ・被保険者等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄にご記入ください
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

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

202412改定

受付日付印

備考	
----	--

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

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
差 額 申 請 書

被保険者氏名

申請内容

1 出産した者

☐

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

☐ 昭和
☐ 平成
☐ 令和

2 出産した年月日

令和

年

月

日

3 生産または死産の別

☐

1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在

3 - ①

「生産」の場合出生人数

人

3 - ②

「死産」の場合死産児数

人

3 - ② - (1)

「死産」の場合妊娠経過期間

満

週

4 出産した医療機関等

名称

所在地

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。

☐

1. はい 2. いいえ

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

☐

1. 受けた／受ける予定 2. 受けない

添付書類

①医療機関発行等が発行する出産費用の領収・明細書の写し

産科医療保障制度対象区分の有無の記載があるか確認をしてください

②合意書の写し

直接支払制度に係る代理契約に関する文書