

出産育児一時金内払金支給依頼書・差額申請書の提出について

- ・ 加入者が妊娠4ヵ月（85日）以上で出産し、医療機関等で出産育児一時金の直接支払制度を利用した場合の出産費用の差額を受ける場合、または被保険者が出産した場合の付加金の申請にご使用ください。（早産、死産、流産、人工妊娠中絶も支給対象です）
- ・ 申請書は2ページです。漏れなく正確にご記入ください。
- ・ 給付を受ける権利は消滅時効の起算日から2年で時効になります。（起算日は出産した日の翌日）

支給額

【差額請求】

出産にかかった費用が、出産育児一時金の支給額の範囲内であった場合、その差額について請求することができます。また出産にかかった費用が出産育児一時金の支給額を超える場合には、その超えた額を医療機関等へお支払いいただくことになります。

■ 令和5年4月以降の出産	<ul style="list-style-type: none">・ 産科医療保障制度に加入している医療機関等で出産した場合 一児につき50万円・ 産科医療保障制度に未加入の医療機関等で出産した場合 一児につき48万8千円
■ 令和5年3月31日以前の出産	<ul style="list-style-type: none">・ 産科医療保障制度に加入している医療機関等で出産した場合 一児につき42万円・ 産科医療保障制度に未加入の医療機関等で出産した場合 一児につき40万8千円

【付加金申請】

被保険者が出産した場合、2万円の付加金を受け取ることができます。
被扶養者の出産は支給対象外となりますのでご注意ください。

記入例 出産育児一時金内払金支給依頼書・差額申請書

- ・申請書は、ボールペン等の消えないペンでご記入ください。
- ・訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消して、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 内払金支給依頼書 差額申請書

1 「資格確認のお知らせ」等に記載されている記号と番号をご記入ください

健康保険 被保険者 家族	出生年月日	令和 年 月 日	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		

2 「振込先指定口座」または「受取代理人の欄」どちらかをご記入ください。

被保険者(右づめ)	記号 5 6 1	番号 0 0 0 0 0	生年月日 平成5年5月2日
氏名 (フリガナ)	ケンポ タロウ 健保 太郎		事業所名称 ユニプレス(株)
住所 (〒 000 - 0000)	〇〇 (都) 〇〇市〇〇町〇-〇		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 080 (0000) 0000		

2 「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	口座名義 (フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	金融機関名称 〇〇 〇〇 (銀行) 〇〇 (信用金庫) 〇〇 (信用組合) 〇〇 (協同組合)
預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号 0 0 0 0 0 0 0 0 〇 〇

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 5 年 12 月 12 日
氏名	健保 太郎
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	

3

・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

備考

「申請者記入用」は2ページに続きます。))

202310改定 受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

ユニプレス健康保険組合

1/2

3 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マイナンバーをご記入ください。マイナンバーを記入した場合は、以下の添付書類が必要です。

- ① 身元確認を行うための書類(いずれか1点)
 - ・被保険者の個人番号カード(表面)の写し、運転免許証の写し、パスポートの写し
 - その他官公署が発行する写真付き身分証明書の写し
- ② 番号確認を行うための書類(いずれか1点)
 - ・被保険者の個人番号カード(裏面)の写し、被保険者の個人番号が記載された住民票か住民票記載事項証明書

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 **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）		
	1-① 家族の場合はその方の	氏名 健保 花子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 5年 <input type="checkbox"/> 1月 <input type="checkbox"/> 5日
	2 出産した年月日	令和 <input type="checkbox"/> 5年 <input type="checkbox"/> 10月 <input type="checkbox"/> 22日		
	3 生まれたまたは死産の別	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="checkbox"/> 人
	3-②-(1) 「死産」の場合妊娠経過期間	満 <input type="checkbox"/> 週		
	4 出産した医療機関等	名称 〇〇病院	所在地	〇県〇〇市〇〇町〇-〇
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。		2 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	<input type="checkbox"/> 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

4

資格喪失後6か月以内の出産に対しても出産育児一時金は支給されますが、同じ出産に対して支給は1回のみのため、複数の保険者から重複して支給を受けることはできません。