健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書（差額請求）

1 2

被保険者（申請者）記入用

【直接支払制度を利用】

被保険者（申請者）情報

被保険者証の（右づめ）	記号	番号	生年月日　年　月　日 □ 昭和 □ 平成 □ 令和
氏名	（フリガナ）		
住所	（〒　　－　　）　都 道 府 県		
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　　）		

振込先指定口座（被保険者口座）

金融機関ｺｰﾄﾞ・名称	銀行ｺｰﾄﾞ： 名　称：	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（　　）	支店ｺｰﾄﾞ： 名　称： 本店 支店 出張所 本所 支所
預金種別	□ 1．普通　3．別段 2．当座　4．通知	口座番号	□□□□□□□ 左づめでご記入ください。
口座名義	▼カタカナ（姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。） □□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□	口座名義の区分	□ 1．申請者 2．代理人

※記入内容を訂正する場合は、被保険者が二重線で抹消し、
正しい内容を記入し、被保険者氏名（フルネーム）を記入してください。

「2」の場合は必ず記入ください。

受取代理人（健保口）の欄

被保険者（申請者）	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（健保口情報）	（〒　　－　　）　TEL　（　　） 住所 （ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏名

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

受付日付印

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　支給申請書（差額請求）

1　2

申請者・医師・市区町村長記入用

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　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. 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
5 出産した医療機関等	名称		所在地	
6 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			
6 - 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			
6 - ① - (1) 同一の出産について、6 - 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			

添付資料

『出産育児一時金直接支払通知書』が健保からお手元に届いている方

□ 添付資料は不要です。

『出産育児一時金直接支払通知書』が健保からお手元に届いていない方

□ 1．直接支払制度の合意文書（写）

□ 2．出産費用の領収・明細書（写）

□ 3．出生証明書（写）または母子健康手帳の出生届出済証明ページ（写）　※死産の場合は死産証明書（写）

※「3. 出生証明書（写）または母子健康手帳の出生届出済証明ページ（写）」が**添付できない場合、下記のいずれかの証明**が必要です。

証明欄（いずれかにご記入ください）

医師・助産師による証明の場合

出産者氏名		出産年月日	□令和　年　月　日
出生児の数	□ 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

市区町村長による証明の場合（生産のみ）

本籍				筆頭者氏名	
母の氏名		出生児氏名		出生年月日	□令和　年　月　日

上記のとおり相違ないことを証明する。
令和　　年　　月　　日

市区町村長名　　印