

出産育児一時金内払金支払依頼書・差額申請書記入例

届書コード	
-------	--

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 被保険者が出産したための申請の場合は「被保険者」に○をしてください。被扶養者が出産したための申請の場合は「家族」に○をしてください。

② 医療機関等への直接支払制度を活用することについて合意文書を交わした後、医療機関等へ代理受取額（出産に要した費用）が振り込まれる前に一時金（42万円もしくは39万円）と代理受取額との差額について支払いを希望される場合は「内払金支払依頼書」に、振り込まれた後に支払いを希望される場合は「差額申請書」に○をしてください。

③ 被保険者証の記号・番号が数字、漢字ひらがなのどちらの場合でも、左づめで記入してください。

④ 被保険者（申請者）本人が氏名を署名した場合は、押印は不要です。被保険者（申請者）以外の方が記入する場合は、押印を省略することはできません。

⑤ 被扶養者が出産したための申請の場合は、被扶養者の氏名、生年月日を記入してください。被保険者が出産したための申請の場合は記入不要です。

⑥ 出産年月日を記入し、⑦に出生児数を記入してください。死産の場合は②に死産児数を記入し、④に妊娠経過期間を記入してください。

⑦ 多児出産の場合は出生児の氏名をすべて記入してください。

⑧ 内払金支払依頼書として提出する場合のみ、医師・助産師による出産証明、または市区町村長による出生に関して戸籍に記載した事項等の証明を受けてください。ただし、死産の場合は、医師・助産師に限って証明を受けてください。
ただし、医療機関等から交付される領収・明細書に「出産年月日」及び「出生児数」が記載されている場合は、必要ありません。

◎記入方法及び添付書類等については、「別紙」記入例「添付書類について」を確認してください。

③ 被保険者証の記号・番号	④ 被保険者の生年月日	届書種別	受付年度	通番	グループ
千代田区 10203-123	500305	04	平成		
被保険者(申請者)の氏名と印	ケンボ タロウ	事業所の名称	(株)協会商事		
健保 太郎		所在地	千代田区△△ 1-1		
被保険者(申請者)の住所	〒105-0000	〒	都道府県	市区町村	マンション
	東京		港区	〇〇 1-1	△△マンション101
		電話	03 (xxxx) xxxx		
被扶養者が出産したための申請であるときは、その方の	⑤ 被扶養者の氏名	⑥ 被扶養者の生年月日	被扶養者番号		
	健保 花子	昭和 51年 10月 22日			
⑦ 出生した年月日	⑧ 出生児数	⑨ 死産児数	⑩ 妊娠経過期間	⑪ 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)	
平成 21年 10月 15日	1人				
⑫ 出生児の氏名	⑬ 被保険者と出生児の続柄	⑭ 出生した医療機関等			
ケンボ ジロウ	子	品川〇〇総合病院			
健保 二郎		所在地	東京都品川区△△ 1-1		
		電話	03 (△△△△) △△△△		
申請者(本人)が出産記号を記入する場合は、	⑮ 今回の申請は、退職等により、全国健康保険協会管掌健康保険の被保険者資格の喪失後、6ヵ月以内に出生したことによる申請ですか。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
申請者(本人)が出産記号を記入する場合は、	⑯ 上記⑮で、「はい」と答えた場合、資格喪失後、家族の被扶養者になっていますか。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
申請者(本人)が出産記号を記入する場合は、	⑰ 上記⑰で、「はい」と答えた場合、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	
申請者(本人)が出産記号を記入する場合は、	⑱ 今回の申請は、家族が被扶養者認定後、6ヵ月以内に出生したことによる申請ですか。	<input type="checkbox"/>	はい	<input checked="" type="checkbox"/>	いいえ
申請者(本人)が出産記号を記入する場合は、	⑲ 上記⑲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。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
申請者(本人)が出産記号を記入する場合は、	⑳ 上記⑲で、「はい」と答えた場合、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/代表表示	貸付金額	産科医療補償制度	法定支給額	支払方法	受取住所区分
平成 年 月 日			0:非該当 1:該当	0:なし 1:貸付有り 2:代理有り	円	0:未加入 1:加入	円	2:個人払い 3:その他	0:本人 1:代理人

⑧ 出産者氏名	健保 花子	出産年月日	平成 21年 10月 15日
出生児の数	①(単胎)・多胎 (児)	生産または死産の別	②(生産)・死産(妊娠 週)
上記のとおり相違ないことを証明する。平成 21年 10月 22日			
医療施設の所在地	東京都品川区△△ 1-1		
医療施設の名称	品川〇〇総合病院		
医師・助産師の氏名	保険 五郎		
本籍		筆頭者氏名	
母の氏名	出生児氏名	出生年月日	平成 年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明する。平成 年 月 日			
市区町村長名			

添付書類について

- 医師・助産師または市区町村長の証明を受けられない場合は、出生が確認できる書類（戸籍謄（抄）本、戸籍事項記載証明書、登録原票記載事項証明書、出生届受理証明書、母子健康手帳（原本提示）、住民票など）を添付してください。
- 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書のコピーを添付してください。（領収・明細書には、医療機関等が支払機関へ提出する「専用請求書の内容と相違ない旨」の記載及び「産科医療補償制度の対象分娩であることを証明する所定の印」が押印（該当する場合のみ）されています。）
- 内払金支払依頼書として提出する場合のみ、医療機関等から交付される直接支払制度に係る代理契約に関する文書のコピーを添付してください。（代理契約に関する文書には、「代理契約を医療機関等と締結している旨」及び申請先となる「保険者名」が記載されています。）

振 込 希 望 口 座	1 金融機関	① 金融機関コード		② 銀行 金庫 信組		店 本店 支店 出張所
	②	信連・信漁連 農協・漁協		本所・支所 本店・支店		
	③	④ (フリガナ)	ケンボ タロウ		口座番号	
	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
	預金種別 1:普通 2:当座 3:別段 4:通知 5:貯蓄	口座番号	1	2	3	4
		口座名義	5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	4
			5	6	7	8
			9	0	1	2
			3	4	5	6
			7	8	9	0
			1	2	3	