

船員保険 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—
(内・差)

被保険者(申請者)記入用

被 保 険 者 (申 請 者) 欄	①	記 号 ・ 番 号 (左 づ め)										
	②	個 人 番 号 (マ イ ナ ン バ ー)	記号・番号をご記入(印字)された場合は個人番号(マイナンバー)のご記入は必要ありません。(記入(印字)された場合は本人確認書類等の添付が必要です。)									
	③	被 保 険 者 の 氏 名 (申 請 者)	(フリガナ)									
	④	生 年 月 日	(昭和) (平成) (令和)		年		月		日			
	⑤	住 所	郵便番号			—			電話番号 (日中の連絡先)	()		
			都 道 府 県									

⑥ 振込希望口座	公金受取口座の利用について	<input type="checkbox"/> 1. 希望する 2. 希望しない	「1」を選択された場合は、事前に登録した金融機関の口座へお振込みしますので、以下の振込先情報のご記入は 不要 です。									
	公金受取口座の利用について「2. 希望しない」を選択された場合は、以下振込先情報をご記入ください。											
	金融機関名称	(銀行) (信金) (労金) (信漁連) (農協) (漁協) (その他) () 本店(本所) 出張所 代理店 支店(支所) ゆうちょ銀行の場合は漢数字3文字です。										
	預金種別	(普通) (当座) カタカナでご記入ください。										
	口座番号	口座名義										

③の名義以外の口座に振込を希望される場合のみご記入ください。

⑦ 受取代理人の欄	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 「被保険者欄⑤」の住所と同じ									
	代理人 (口座名義人)	氏名	(フリガナ)									
		住所	(郵便番号) () 電話番号 (日中の連絡先) ()									

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

R8.1

受付日付印

ご提出先

〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階
全国健康保険協会 船員保険部



船員保険 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(申請者)・医師・市区町村長記入用

申請 内 容	⑧	出産した者 ※被保険者の場合⑧の記入は不要です。	氏名			生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	⑨	出産した年月日	令和		年		月		日	
	⑩	出産または死産の別	生産 死産 生産・死産混在		「生産」の場合 出生児数	「死産」の場合 死産児数	「死産」の場合 妊娠からの週数及び日数			
					人	人	満 週 (日)			
	⑪	出産した医療機関等	名称		所在地					
⑫	被保険者が出産の場合 退職後6か月以内の出産ですか。 または 家族(被扶養者)が出産の場合 船員保険に加入後6か月以内の 出産ですか。	<input type="checkbox"/> はい 「はい」の場合は 「保険者名」と 「記号・番号」を ご記入ください。 <input type="checkbox"/> いいえ	保険者名		同一の出産について、 左記の保険者より 出産育児一時金を 受けましたか。					
				記号・番号		<input type="checkbox"/> 受けた/受ける予定 <input type="checkbox"/> 受けない				

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 → 満 週(日)				
		上記のとおり相違ないことを証明します。							
		令和 年 月 日							
	市区町村長 による証 明の場 合 (生産のみ)	医療機関の所在地							
		医療機関の名称							
		医師・助産師の氏名		電話番号		()			
		本籍			筆頭者氏名				
		母の氏名			出生年月日	令和	年	月	日
		出生児 氏名			出生児数	人			
上記のとおり相違ないことを証明します。		令和 年 月 日							
市区町村長名		印							