

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)													
	③ 被保険者の氏名 (申請者)	(フリガナ)												
	④ 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日									
	⑤ 住所	郵便番号				—			電話番号 (日中の連絡先)			()		
		<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県												

⑥ 振込希望口座 欄	公金受取口座の利用について	<input type="checkbox"/> 1. 希望する <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 労金 <input type="checkbox"/> 信漁連 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 本店(本所) <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 代理店 <input type="checkbox"/> 支店(支所)	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		カタカナでご記入ください。
	口座番号			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)		被保険者との関係
		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〕		〔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	
		〔死産〕		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。		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。		
		<input type="checkbox"/> いいえ		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 (いづ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(個)〕	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				
		医療機関の所在地				
		医療機関の名称				
市区町村長による証明の場合 (生産のみによる証明の場合)	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		