

出産育児一時金内払金支払依頼書・差額申請書 不備の多い点をまとめました。

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 2 ページ

被保険者記入用 (内・番)

記入方法および添付書類等については、「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 記入の手引き」をご確認ください。
 依頼書(申請書)は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 01123456789アイウ

被保険者情報欄

記号 番号 生年月日 年 月 日

被保険者証の(左づめ)

氏名・印 (フリガナ) 印 自署の場合は押印を省略できます。

住所 〒 番 道 府 県 電話番号(日中の連絡先) ※ハイフン除く TEL

振込先指定口座欄

金融機関名称 (銀行・金融・信組) (本店・支店) (農協・協同) (代理店・出張所・本店営業部) (その他) (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 (平仮名) (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. 被保険者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人欄

被保険者 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。 年 月 日 氏名・印 印 住所 「被保険者情報」の住所と同じ

代理人(口座名義人) 〒 TEL(ハイフン除く) 住所 被保険者との関係 (フリガナ) 氏名・印

「被保険者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。 >>>

社会保険労務士の提出代行名記載欄 印 受付日付印 (2025.9)

様式番号 協会使用欄

6 2 1 1 6 8

全国健康保険協会 協会けんぽ

1/2

※出産育児一時金直接支払制度を利用し、出産費用が出産育児一時金の支給額を下回った場合、提出いただく申請書になります。

被保険者情報欄 氏名・生年月日の不備

被保険者(お勤めされている方)の氏名と生年月日を記入する欄になります。被扶養者の氏名等を書かないようご注意ください。

振込先指定口座欄の不備

- ①振込先指定口座欄の記入漏れ
- ②存在しない金融機関名もしくは店名の記入
- ③ゆうちょ銀行の支店名記入誤り(ゆうちょ銀行の場合漢数字3桁の支店名になります。例:八二八支店など。通帳に記載がありますのでご確認ください。)

受取代理人欄の不備

振込先指定口座欄に被保険者以外の口座を記入された場合、受取代理人の欄をご記入いただく必要がございます。記入漏れにご注意ください。

被保険者氏名	
申請内容	1 出産した者 <input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/> 生年月日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 1. 平成 2. 令和 3. 令和
	2 出産した年月日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 1. 平成 2. 令和
	3 生産または死産の別 <input type="checkbox"/> 1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在
	③-① 「生産」の場合 出生児数 <input type="text"/> 人
	③-② 「死産」の場合 死産児数 <input type="text"/> 人
	③-②-① 「死産」の場合 妊婦からの週数及び日数 (<input type="text"/> 週 (<input type="text"/>)日)
	4 出生児の氏名
	5 出産した医療機関等 名称 <input type="text"/> 所在地 <input type="text"/>
	6 出産した方 <input type="checkbox"/> 被保険者 ⇒ 退職後6か月以内の出産ですか。 <input type="checkbox"/> 1. はい 2. いいえ <input type="checkbox"/> 家族 ⇒ 協会けんぽに加入後6か月以内の出産ですか。
⑥-① 「はい」の場合、「保険者名」と「配号・番号」をご記入ください。 保険者名 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 被保険者 ⇒ 現在加入している保険者について <input type="checkbox"/> 家族 ⇒ 協会けんぽ加入前に加入していた保険者について 配号・番号 <input type="text"/>	
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 <input type="checkbox"/> 1. 受けた/受ける予定 2. 受けない	
証明欄(いすれかに記入してください)	医師・助産師の証明欄 出産者氏名 <input type="text"/> 出生年月日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 出生児の数 <input type="text"/> 1. 単胎 2. 多胎 (<input type="text"/> 児) 生産または死産の別 <input type="checkbox"/> 1. 生産 2. 死産 (<input type="text"/> 週 (<input type="text"/>)日) 上記のとおり相違ないことを証明する。 医療施設の所在地 <input type="text"/> 医療施設の名称 <input type="text"/> 印 医師・助産師の氏名 <input type="text"/>
	市区町村長の証明欄(生産のみ) 本籍 <input type="text"/> 申請者氏名 <input type="text"/> 母の氏名 <input type="text"/> 出生児氏名 <input type="text"/> 出生年月日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 上記のとおり相違ないことを証明する。 市区町村長名 <input type="text"/> 印
	様式番号
	6 2 1 2 6 7

出産した方欄の不備

- ・被保険者が出産した場合:退職後、6か月以内の出産の場合「1.はい」になります。
- ・被扶養者が出産した場合:健康保険証に記載の**扶養認定日より6か月以内**の出産の場合「1.はい」になります。

- 「1.はい」と記入された場合
- ・被保険者が出産した場合:現在加入している保険証の保険者名称と記号番号をご記入ください。
 - ・被扶養者が出産した場合:協会けんぽ加入前に加入していた保険証の保険者名称と記号番号をご記入ください。

- 前**に加入していた保険者より**出産育児一時金を受給されない**場合は「2.受けない」にチェックしてください。
※前**に**加入していた保険者より**出産育児一時金を受給された**場合、**出産時**に加入中の保険者からは**不支給**となります。

証明書欄の不備

- 死産の場合**は証明書欄の記載が必要となります。

添付書類

●協会けんぽからの案内を待たずに差額を請求する場合※1

★必須

- ①医療機関等から交付される出産費用明細書のコピー
- ②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

★該当者のみ

・医師助産師または市区町村長の証明が受けられない場合※2

出生を確認できる書類（戸籍（謄）抄本、戸籍記載事故証明書、出生届受理証明書、住民票など）

・証明書等が外国語で記載されている場合

翻訳文（翻訳者の署名、住所、電話番号を明記）

●協会けんぽからの案内により差額を請求する場合

添付書類はありません

※1 出産費用が出産育児一時金の金額を下回る場合、協会けんぽより出産から3～4か月後に申請書が送付されます。申請書の到着を待たずに申請することも可能であり、その場合は申請書と添付書類の提出が必要となります。

※2 医師・助産師または市区町村長の証明は下記に該当しない場合必要ありません。

- ①死産の時（医師・助産師の証明等が必要です）
- ②出産費用明細書で出生時数と出産年月日を確認できない時