



記入例

出産育児一時金

内払金支払依頼書
差額申請書被保険者
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

(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)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3
	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) センボ タロウ 船保 太郎
	④ 生年月日	〔昭和〕 〔平成〕 〔令和〕 〇 〇 〇 1 2 3
	⑤ 住所	郵便番号 1 0 2 - 8 0 1 6 電話番号 03 (××××) 〇〇〇〇 東京 千代田区富士見2-7-2

⑥ 振込希望口座	公金受取口座の利用について	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〕 〔信用金庫〕 〔信用組合〕 〔協同組合〕 〔農協〕 〔漁協〕 〔その他〕	〔本店(本店)〕 〔出張所〕 〔支店(支所)〕 〔代理店〕 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	④ 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

5

①の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記入は不要です。
被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の書類が必要です。貼付台紙に⑦④①どちらも貼付し、申請書に添付してください。

②身元確認を行うための書類(いずれか1点)

※1

※2

・被保険者の個人番号カード(表面)のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー
その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー

③番号確認を行うための書類(いずれか1点)

・被保険者の個人番号カード(裏面)のコピー、個人番号通知のコピー(記載情報と現況に相違のないもの)、被保険者の個人番号が記載された住民票が住民票記載事項証明書

※1 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定められています。

※2 船員保険部のホームページからダウンロードできます。(印刷環境がない場合はご連絡ください。)

1 資格情報のお知らせ・資格確認書、等に記載されている記号番号をご記入ください。マイナンバーをご記入された場合は本人確認書類が必要です。詳細は⑤をご確認ください。

2 船員である(あった)被保険者(疾病任意継続被保険者を含む)の氏名をご記入ください。
被保険者が亡くなられ、生計を同じくされていたご家族の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。(住所・振込口座も同様です。)なお、④欄の生年月日は被保険者のものをご記入ください。

3 公金受取口座の利用について「1:希望する」を選択された場合は、振込先口座のご記入は不要です。
※被保険者が亡くなった場合は公金受取口座の利用はできませんので、「2:希望しない」を選択のうえ、振込希望口座をご記入ください。

4 ③の申請者名義以外の口座に振込を希望される場合は、必ずご記入ください。

記入内容を訂正した場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、正しい内容をご記入ください。

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	船保 花子		生年月日	令和〇〇年3月1日		
	⑨	出産した年月日	令和	〇	〇	0	1	2	1
	⑩	⑥ 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		
					1	人		満 週 (日)	
	⑪	出産した医療機関等	名称		所在地				
		品川〇〇病院		東京都品川区△△1-1					
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 checked="" 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。 <input type="checkbox"/> 受けた/受ける予定 <input type="checkbox"/> 受けない				
			記号・番号						

6

生産の場合は、出生児数をご記入ください。
死産の場合は、死産児数とともに、妊娠経過週数及び日数をご記入ください。

7

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	船保 花子		出産年月日	令和〇〇年1月21日	
		出生児の数	〔単胎〕 〔多胎(二児)〕		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。 令和〇〇年1月21日					
		医療機関の所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都品川区△△1-1				
	医療機関の名称	品川〇〇病院					
	医師・助産師の氏名	〇〇 〇〇		電話番号	03 (××××) 〇〇〇〇		
	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					

7

「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。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」および「出生児数」が記載されている場合、もしくは死産の場合で、「死産年月日」および「妊娠週数」が記載されている場合は必要ありません。

※船員保険部から差額申請のご案内が届いた後に手続きをされる場合は、医師等の証明は不要です。

※訂正が必要な場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を証明者(医師・助産師・市区町村長)より記入してもらってください。市区町村長による証明の場合は、二重線の近くにフルネームの署名または押印が必要です。



申請書は2ページです。漏れなく正確にご記入ください。

1 2 ページ

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)記入用

姓 名 (姓 氏 名) 姓 氏 名 (姓 氏 名) 姓 氏 名 (姓 氏 名)

生 年 月 日 生 年 月 日 生 年 月 日

住 居 住 居 住 居

職業 職業 職業

収入 収入 収入

婚姻状況 婚姻状況 婚姻状況

扶養関係 扶養関係 扶養関係

申請者(申請者)記入用

姓 名 (姓 氏 名) 姓 氏 名 (姓 氏 名) 姓 氏 名 (姓 氏 名)

生 年 月 日 生 年 月 日 生 年 月 日

住 居 住 居 住 居

職業 職業 職業

収入 収入 収入

婚姻状況 婚姻状況 婚姻状況

扶養関係 扶養関係 扶養関係

申請者(申請者)記入用

姓 名 (姓 氏 名) 姓 氏 名 (姓 氏 名) 姓 氏 名 (姓 氏 名)

生 年 月 日 生 年 月 日 生 年 月 日

住 居 住 居 住 居

職業 職業 職業

収入 収入 収入

婚姻状況 婚姻状況 婚姻状況

扶養関係 扶養関係 扶養関係

1 2 ページ

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

姓 名 (姓 氏 名) 姓 氏 名 (姓 氏 名) 姓 氏 名 (姓 氏 名)

生 年 月 日 生 年 月 日 生 年 月 日

住 居 住 居 住 居

職業 職業 職業

収入 収入 収入

婚姻状況 婚姻状況 婚姻状況

扶養関係 扶養関係 扶養関係

申請者(申請者)記入用

姓 名 (姓 氏 名) 姓 氏 名 (姓 氏 名) 姓 氏 名 (姓 氏 名)

生 年 月 日 生 年 月 日 生 年 月 日

住 居 住 居 住 居

職業 職業 職業

収入 収入 収入

婚姻状況 婚姻状況 婚姻状況

扶養関係 扶養関係 扶養関係

申請者(申請者)記入用

姓 名 (姓 氏 名) 姓 氏 名 (姓 氏 名) 姓 氏 名 (姓 氏 名)

生 年 月 日 生 年 月 日 生 年 月 日

住 居 住 居 住 居

職業 職業 職業

収入 収入 収入

婚姻状況 婚姻状況 婚姻状況

扶養関係 扶養関係 扶養関係

申請書は、家族(被扶養者)の
出産育児一時金支給申請書であっても、
被保険者ご自身がご記入ください。
被保険者が亡くなった場合は、
生計を同じくされていたご家族の方が
ご記入ください。

添付書類をご用意ください。

①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

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」の記載および「産科医療補償制度の対象分娩であることを証明する文言」が印字やスタンプ等により明記(該当する場合のみ)されています。
(このコピーを添付していただく場合は、医師・助産師または市区町村長の証明は省略することができます。)

②医療機関等から交付される直接支払制度にかかる代理契約に関する文書のコピー

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」および申請先となる「保険者名」が記載されています。

以下に当てはまる場合に添付いただくもの

生産の場合で、上記①に 「出産年月日」および「出生児数」が 記載されていない場合	申請書に医師・助産師または市区町村長の証明を受けるか、出生が確認できる書類 (戸籍謄(抄)本、戸籍記載事項証明書、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)、住民票等)を添付してください。
死産の場合で、上記①に 「死産年月日」および「死産児数」が 記載されていない場合	申請書に医師・助産師の証明を受けるか、死産が確認できる書類(死産証書(死胎検案 書)等)を添付してください。
被保険者が亡くなられ、生計を同じく されていたご家族の方が申請する場合	・ 亡くなられた方の「住民票除票」および申請者の「住民票」 ・ 被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等

※証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。
※船員保険部から差額申請のご案内が届いた後に手続きされる場合は、添付書類は不要です。



出産育児一時金の支給要件等

支給を受ける条件

被保険者または家族(被扶養者)が、妊娠4か月(85日)以上で出産をしたこと。
(早産、死産、流産、人工妊娠中絶(経済的理由によるものも含む)も支給対象として含まれます。)

支給額

産科医療補償制度に加入の医療機関等で 妊娠週数22週以降の出産をした場合	1児につき 50万円
産科医療補償制度に加入の医療機関等で 妊娠週数22週未満の出産をした場合	1児につき 48万8千円
産科医療補償制度未加入の機関で出産した場合	

※令和5年3月31日以前の出産の場合は42万円(または40万8千円)

被保険者資格喪失後に出産した場合

次の①、②の条件を満たした場合は、被保険者資格喪失後も出産育児一時金が支給されます。

- ①被保険者資格喪失後6か月以内の出産であること
- ②被保険者であった期間(疾病任意継続被保険者期間を除く)が、資格喪失(疾病任意継続被保険者の場合は、その資格を取得した日)前1年間に3か月以上、または3年間に1年以上あること。

※同じ出産に対して出産育児一時金の支給は1回のみです。

資格喪失後6か月以内の出産に対しても支給されるため、支給を受けることができる保険者が複数になる場合もありますが、重複して支給を受けることはできません。

直接支払制度とは

直接支払制度は、船員保険から支給される出産育児一時金を医療機関等における出産費用に充てることができるよう、出産育児一時金を船員保険から医療機関等に対して直接支払う制度のことです。
この制度を利用すると、被保険者が医療機関等へまとめて支払う出産費用の負担の軽減を図ることができます。直接支払制度を利用できるかどうかは出産予定の医療機関等にご確認ください。

※出産にかかった費用が、出産育児一時金の支給額の範囲内であった場合は、出産後、その差額について船員保険へ請求することができます。また、出産にかかった費用が出産育児一時金の支給額を超える場合には、その超えた額を医療機関等へお支払いいただくことになります。

※直接支払制度の利用を望まない方は、船員保険に対して、被保険者ご自身で出産育児一時金を請求することも可能です。(その場合は、出産にかかった費用を医療機関等へ直接お支払いいただく必要があります。)