

船員保険 被保険者 出産育児一時金 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

被 保 険 者 申 請 者 欄	① 被保険者証の記号および番号(左づめ)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 - 1 2 3
	② 被保険者の氏名(申請者)	(フリガナ) センボ タロウ 船保 太郎
	③ 生年月日	昭和 平成 60年 11月 13日
	④ 住所	郵便番号 102-0000 電話番号(日中の連絡先) 03(××××)○○○○ 東京(都)千代田区〇〇 1-2-3

⑤ 振込希望口座	③ 金融機関名称	〇〇	銀行 信金 労金 信漁連 農協 漁協 その他	□□	本店(本店) 出張所(代理店) 支店(支所)
	預金種別	普通 当座 其他	カタカナでご記入ください。	ゆうちょ銀行の場合は漢数字3文字です。	
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	口座名義	センボ タロウ	

②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。

⑥ 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④」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)

被保険者証の記号番号を

記入した場合は**記入不要**です。  
記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

⑤ 被保険者のマイナンバー記入欄 R4.6

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

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

① 記号・番号は、被保険者証に記載されています。

船員保険 被保険者証 本人(被保険者)  
記号 1234567890 番号 123  
氏名 船保 太郎

保険者番号 02130011  
保険者名称 全国健康保険協会船員保険部  
保険者所在地 千代田区富士見2-7-2 印

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。

③ ご希望の振込希望口座をご記入ください。  
預金種別についても、必ず該当するものに○をしてください。

④ ②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。

⑤ ①の記号番号を記入した場合、記入不要です。

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。※1 貼付台紙※2に⑦⑧どちらも貼付し、申請書に添付してください。

⑦ 身元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(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

⑧ 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か住民票記載事項証明書

※1 行政手続き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。)

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

検索

船員保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

被保険者(申請者)・医師・市区町村長記入用

申請内容	⑦	出産した者 ※被保険者の場合⑦の記入は不要です。	氏名	船保 花子	生年月日	昭和 平成 令和	〇〇年3月1日		
	⑧	出産した年月日	令和	〇〇	01	2			
	⑨	⑥ 生産または死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 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 妊娠経過週数及び日数	1	人	満 週 ( ) 日
	⑩	出産した医療機関等	名称	品川〇〇病院		所在地	東京都品川区△△ 1-1		
	⑪	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 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 「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 記号・番号	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				

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  
「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。  
証明を受けることができない場合は、  
「出生(死産)が確認できる書類」を  
添付してください。  
※ 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。

証明欄(いずれかにご記入ください)	①	医師・助産師による証明の場合	出産者氏名 船保 花子 出生年月日 令和 〇〇年 1月 21日 出生児の数 <input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎( )児 生産または死産の別 <input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 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 4月 28日 医療施設の所在地 東京都品川区△△ 1-1 医療施設の名称 品川〇〇病院 医師・助産師の氏名 保険 五郎 電話番号 03 (××××) 〇〇〇〇
	市区町村長による証明の場合	本籍 筆頭者氏名 母の氏名 出生児氏名 出生年月日 令和 年 月 日 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 市区町村長名 印	

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

2/2ページ

申請書は、家族（被扶養者）の出産育児一時金支給申請であっても、被保険者ご自身でご記入ください。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。

必ず添付いただくもの

- ①医療機関等から交付される直接支払制度を利用していないことを証明する書類のコピー（領収・明細書に「直接支払制度を利用していない旨」が記載されている場合は、そのコピーを添付いただければ結構です）
- ②産科医療補償制度の対象分娩である場合には、その旨を印字やスタンプ等で明記されている領収・明細書のコピー

以下に当てはまる場合に添付いただくもの（いずれも原本が必要です。）

<p>申請書に医師・助産師または市区町村長の証明を受けられない場合</p>	<p>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）、住民票など）</p> <p>死産が確認できる書類 （死産証書（死胎検案書）など）</p>
<p>海外出産に係る申請で、出生したお子様が、被保険者の被扶養者ではないが日本国内に居住している場合</p>	<p>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）、住民票など）</p>
<p>海外出産に係る申請で、出生したお子様が、被保険者の被扶養者ではなく、日本国外に居住している場合及び死産の場合</p>	<p>以下のうちいずれか1点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・現地の公的機関が発行する戸籍や住民票等の出生の事実を確認できる書類</li> </ul> <p>上記書類が添付できない場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・出産を担当した海外の医療機関に対し、船員保険部が照会することに関する同意書</li> </ul>
<p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・亡くなられた方の「住民票除票」および申請者の「住民票」</li> <li>・被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等</li> </ul>

※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。（翻訳文には、翻訳者が署名し住所および電話番号を明記してください。）

## 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

1児：42万円

多児の場合	人数 × 42万円 ※下記にあたる場合は40万8千円
産科医療補償制度に未加入の医療機関等でお産した場合	40万8千円
妊娠週数：22週未満でお産した場合	

## 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。

## ご存知ですか？

出産育児一時金には、医療機関等の窓口負担を軽減するための制度があります。

### ■ 窓口負担軽減のための制度

制度名	概要	被保険者が行うこと
①直接支払制度	出産育児一時金を船員保険部から医療機関等に直接支払う制度	医療機関等と支給申請および受取に関わる代理契約を締結 (医療機関等が船員保険部に請求)
②受取代理制度 ※直接支払制度を導入していない小規模な医療機関等に限られます。	被保険者が受け取るべき出産育児一時金を医療機関等が被保険者に代わって受け取る制度	専用の申請書を船員保険部に提出

※①・②ともに医療機関等によって利用できる・できないがございますので、ご利用にあたりましては出産を予定している医療機関等にご相談ください。

なお、直接支払制度・受取代理制度では、出産育児一時金支給額（42万円または40万8千円）の範囲内で船員保険部から医療機関等にお支払いいたします。その際、出産費用が出産育児一時金支給額（42万円または40万8千円）以下の場合は、船員保険部から被保険者へ差額分をお支払いいたしますが、直接支払制度をご利用の方は別途専用の申請書を提出する必要があります。