



「協会けんぽGUIDEBOOK」58ページ参照

被保険者が出産したときは「出産育児一時金」が、被扶養者が出産したときは「家族出産育児一時金」が支給されます。

■ 記載例

1 医療機関等で出産育児一時金の直接支払制度を利用し、差額の支給が生じる場合
出産育児一時金 内払金支払依頼書

[illegible]

記号・番号を記入した場合は記入不要です。

「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・明細書に出産の場合は「生年月日」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は「死産年月日」および「妊娠日数(週数)」が記載されている場合は必要ありません。

家族(被扶養者)が出産した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。資格情報のお知らせ等に記載されている記号と番号をご記入ください。

※枝番は記入不要です。

※記号・番号が不明な場合はP.31参照。

資格情報のお知らせ

認定番号 21700023 番号 3 有効 60

氏名 協会 太郎

生年月日 平成 元年 月 日

資格取得年月日 令和 元年 月 日

所属番号 0000000000

所属名称 全国健康保険協会 ☐ 東京

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、通帳見開き部分に記載されている振込用の口座番号等(漢数字3文字の店名・7桁の口座番号)をご記入ください。

1
2
7-07

健康保険 被保険者 出産育児一時金 支払額

健康保険 被保険者 出産育児一時金 支払額

健康保険 被保険者 出産育児一時金 支払額

健康保険 被保険者 出産育児一時金 支払額

① 協会けんぽ **協会 太郎**

①-1 氏名 **2** 1 姓 太郎

①-2 健康保険番号 **4 7 9 4 7 2 1 2**

①-3 健康保険支店番号 **1** 1 支店 56, 03, 09

② 支払額 **06, 04, 15**

③-1 支払時期 **1** 1 支払時期

③-2 支払額 **2** 2 支払額

④ 支払額 **3 8 5 0 0 0**

①-2 健康保険番号 **4 7 9 4 7 2 1 2**

② 支払額 **06, 04, 15**

③-1 支払時期 **1** 1 支払時期

③-2 支払額 **2** 2 支払額

④ 支払額 **06, 04, 20**

⑤ 支払額 **06, 04, 20**

⑥ 支払額 **06, 04, 20**

⑦ 支払額 **06, 04, 20**

⑧ 支払額 **06, 04, 20**

⑨ 支払額 **06, 04, 20**

⑩ 支払額 **06, 04, 20**

⑪ 支払額 **06, 04, 20**

⑫ 支払額 **06, 04, 20**

⑬ 支払額 **06, 04, 20**

⑭ 支払額 **06, 04, 20**

⑮ 支払額 **06, 04, 20**

⑯ 支払額 **06, 04, 20**

⑰ 支払額 **06, 04, 20**

⑱ 支払額 **06, 04, 20**

⑲ 支払額 **06, 04, 20**

⑳ 支払額 **06, 04, 20**

㉑ 支払額 **06, 04, 20**

㉒ 支払額 **06, 04, 20**

㉓ 支払額 **06, 04, 20**

㉔ 支払額 **06, 04, 20**

㉕ 支払額 **06, 04, 20**

㉖ 支払額 **06, 04, 20**

㉗ 支払額 **06, 04, 20**

㉘ 支払額 **06, 04, 20**

㉙ 支払額 **06, 04, 20**

㉚ 支払額 **06, 04, 20**

㉛ 支払額 **06, 04, 20**

㉜ 支払額 **06, 04, 20**

㉝ 支払額 **06, 04, 20**

㉞ 支払額 **06, 04, 20**

㉟ 支払額 **06, 04, 20**

㊱ 支払額 **06, 04, 20**

㊲ 支払額 **06, 04, 20**

㊳ 支払額 **06, 04, 20**

㊴ 支払額 **06, 04, 20**

㊵ 支払額 **06, 04, 20**

㊶ 支払額 **06, 04, 20**

㊷ 支払額 **06, 04, 20**

㊸ 支払額 **06, 04, 20**

㊹ 支払額 **06, 04, 20**

㊺ 支払額 **06, 04, 20**

㊻ 支払額 **06, 04, 20**

㊼ 支払額 **06, 04, 20**

㊽ 支払額 **06, 04, 20**

㊾ 支払額 **06, 04, 20**

㊿ 支払額 **06, 04, 20**

① 協会けんぽ **協会 太郎**

② 支払額 **06, 04, 20**

③ 支払額 **06, 04, 20**

④ 支払額 **06, 04, 20**

⑤ 支払額 **06, 04, 20**

⑥ 支払額 **06, 04, 20**

⑦ 支払額 **06, 04, 20**

⑧ 支払額 **06, 04, 20**

⑨ 支払額 **06, 04, 20**

⑩ 支払額 **06, 04, 20**

⑪ 支払額 **06, 04, 20**

⑫ 支払額 **06, 04, 20**

⑬ 支払額 **06, 04, 20**

⑭ 支払額 **06, 04, 20**

⑮ 支払額 **06, 04, 20**

⑯ 支払額 **06, 04, 20**

⑰ 支払額 **06, 04, 20**

⑱ 支払額 **06, 04, 20**

⑲ 支払額 **06, 04, 20**

⑳ 支払額 **06, 04, 20**

㉑ 支払額 **06, 04, 20**

㉒ 支払額 **06, 04, 20**

㉓ 支払額 **06, 04, 20**

㉔ 支払額 **06, 04, 20**

㉕ 支払額 **06, 04, 20**

㉖ 支払額 **06, 04, 20**

㉗ 支払額 **06, 04, 20**

㉘ 支払額 **06, 04, 20**

㉙ 支払額 **06, 04, 20**

㉚ 支払額 **06, 04, 20**

㉛ 支払額 **06, 04, 20**

㉜ 支払額 **06, 04, 20**

㉝ 支払額 **06, 04, 20**

㉞ 支払額 **06, 04, 20**

㉟ 支払額 **06, 04, 20**

㊱ 支払額 **06, 04, 20**

㊲ 支払額 **06, 04, 20**

㊳ 支払額 **06, 04, 20**

㊴ 支払額 **06, 04, 20**

㊵ 支払額 **06, 04, 20**

㊶ 支払額 **06, 04, 20**

㊷ 支払額 **06, 04, 20**

㊸ 支払額 **06, 04, 20**

㊹ 支払額 **06, 04, 20**

㊺ 支払額 **06, 04, 20**

㊻ 支払額 **06, 04, 20**

㊼ 支払額 **06, 04, 20**

㊽ 支払額 **06, 04, 20**

㊾ 支払額 **06, 04, 20**

㊿ 支払額 **06, 04, 20**

 チェックリスト

●申請時期

医療機関等への直接
支払制度を利用する
場合に、出産育児一
時金と医療機関等に
振り込まれる代理受
領額との差額につい
て支払いを希望する
とき(出産日の翌日か
ら2年以内)

●添付書類チェックリスト

☐ 直接支払 制度あり	☐ 内払金支払 依頼書	☐ 出産育児一時金内払金支払依頼書に医師・助産師の証明または市区町村長の証明 ※領収・明細書に、出産の場合は「出産年月日」および「出産児数」が、死産の場合は「死産年月日」および「妊娠日数（週数）」が記載されてあれば省略可
		☐ 領収・明細書のコピー（「専用請求用紙の内容と相違ありません」の表示があるもの）
		☐ 直接支払制度に係る代理契約に関する文書のコピー
	☐ 差額申請	☐ 不要 ※内払金支払依頼書での請求がなく、協会けんぽから申請の勧奨があった場合を差額申請といい、その場合に限っては添付書類はありません。

 ニ チェックリスト

2 医療機関等で出産育児一時金の直接支払制度を利用しなかった場合 出産育児一時金支給申請書

[illegible]

記号・番号を記入した場合は記入不要です。

家族(被扶養者)が出産した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。資格情報のお知らせ等に記載されている記号と番号をご記入ください。
※校番は記入不要です。
※記号・番号が不明な場合はP.31参照。

資格情報のお知らせ

認定番号	21700003	番号	1	年度	00
氏名	山本 隆夫				
所属	協会 京都府				
所属年月	平成 27年 3月 10日				
資格取得年月日	令和 1年 3月 1日				
保険番号	000000000				
保険者名	全国健康保険協会 〇〇支部				

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、通帳見開き部分に記載されている振込用の口座番号等（漢数字3文字の店名・7桁の口座番号）をご記入ください。

[illegible]

「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。

【出生の場合】
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、住民票等の原本

【死産の場合】
死産証明書(死胎検定書)等のコピー

 チェックリスト

●申請時期 出産日の翌日から2年以内

●添付書類チェックリスト

□ 直接支払 制度なし	☐ 出産育児一時金支給申請書に医師・助産師の証明または市区町村長の証明（死産の場合は、医師・助産師の証明）
	☐ 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文（翻訳者の署名、住所および連絡先を記入）
	〈産科医療補償制度の対象分娩である場合〉 ☐ 「産科医療補償制度の対象分娩であること」が明記された領収明細書のコピー
	☐ 直接支払制度を利用していないことを証明する文書のコピー（領収・明細書にその旨が記載されている場合、また海外での出産の場合は不要）
□ 海外で出産 した場合	・ 下記の3点を添付してください。（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。）
	☐ 出産を担当した海外の医療機関等の医師・助産師の証明書（※）
	☐ 出産した日（期間）において、実際に海外に渡航していた事実が確認できる書類（パスポート、査証（ビザ）、航空チケット等のコピー）
	☐ 海外出産の事実、内容について、協会けんぽが当該海外出産を担当した海外の医療機関等に照会することに関する当該海外出産をした者の同意書
	（※）証明書を添付できない場合は、下記のいずれかを添付
	① 出生したことを確認できる書類（戸籍謄（抄）本、戸籍記載事項証明書、出生届受理証明書 等）（死産の場合は、死産証書（死胎検案書）等のコピー）
	② i 海外の公的機関が発行する戸籍や住民登録に関する書類、および、ii 「医師・助産師の証明の添付が困難である理由」と「出産した医療機関名・担当医等」を記載した書面