

出産育児一時金支給申請書の記入のポイント

～申請書の種別にご注意ください～

出産育児一時金は直接支払制度※の利用有無等によって用意する申請書および添付書類が異なります。以下の条件をご確認いただき、お間違いのないようご準備ください。

※直接支払制度の詳しい仕組みについては出産育児一時金のページをご確認ください。

出産育児一時金「内払金支払依頼書」の場合

提出条件

- ・直接支払制度を**利用しており**、出産費用が出産育児一時金額より**下回っている**場合

添付書類

- ・直接支払制度を利用した旨の同意書のコピー
- ・受取代理額の記載ある出産(分娩)費用明細書のコピー
(産科医療補償制度対象分娩の場合はその旨の記載があるもの)
- ～医師もしくは市区町村長から証明を受けられない場合～
- ・出産日が確認できる証明(**出産(分娩)費用明細書に**出産日・**出産児数の記載がある場合は不要**です)

出産育児一時金「支給申請書」の場合

提出条件

- ・直接支払制度を**利用しておらず**、出産費用を全額本人が負担している場合
- ・海外で出産した場合

添付書類

- ・直接支払制度を利用しない旨の同意書のコピー
- ～産科医療保障制度対象分娩の場合～
- ・産科医療補償制度対象分娩である旨の記載がある出産(分娩)費用明細書のコピー
- ～医師もしくは市区町村長から証明を受けられない場合～
- ・出産日が確認できる公的証明の原本
- ・海外出産の場合は、添付書類が複数あるため詳しくは出産育児一時金のページをご確認ください。

出産育児一時金内払金支払依頼書の提出条件を満たしているが、一定期間申請書の提出がなかった場合、サービスの一環として協会けんぽから「出産育児一時金差額申請書」をお送りします。こちらの申請書は**添付書類は不要**となりますので、申請書内の**太枠で囲まれた箇所を過不足なくご記入の上**ご提出ください。

・申請書1ページ目(共通)

健康保険 被保険者 家 族 出産育児一時金 支給申請書

1

2

ページ

被保険者記入用

加入者が出産し、医療機関等で出産育児一時金の直接支払制度を利用していない場合の出産費用の補助を受ける場合にご使用ください。
なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者(申請者)情報	記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日
	被保険者証		1.昭和 2.平成 3.令和
	氏名 (カタカナ)	・必ず被保険者(健康保険料を支払っている方)の氏名および氏名(カナ)両方ご記入ください。 ・氏名をカタカナで登録している(外国語名等)方は両方カタカナ名をご記入ください。 ※被保険者が亡くなっている場合は申請者の氏名をご記入ください。	
	氏名		
	郵便番号 (ハイフン除く)	電話番号 (左づめハイフン除く)	
住所	都 道 府 県		

振込先指定口座	振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。	
	金融機関名称	振込先指定口座は被保険者(健康保険料を支払っている方)の口座をご記入ください。
預金種別	1 普通預金	※令和5年1月から、被保険者の口座へ振込とする仕様に変更し、受取代理人欄は削除しています。

ゆうちょ銀行の口座へお振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。
ゆうちょ銀行口座番号(記号・番号)ではお振込できません。

「被保険者・医師・市区町村長記入用」は2ページ目に続きます。▶▶▶

被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。
(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

社会保険労務士の
提出代行者名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認 (被保険者)	<input type="checkbox"/>	1. 記入有 (添付あり) 2. 記入有 (添付なし) 3. 記入無 (添付あり)					
添付書類	出産証明書	<input type="checkbox"/> 1. 添付 2. 不備					
	戸籍 (法定代理)	<input type="checkbox"/> 1. 添付					
産科医療 補償制度	<input type="checkbox"/>	1. 該当 2. 非該当					
6	2	1	1	1	1	0	1
その他	<input type="checkbox"/>	1. その他 (理由)	枚数	<input type="text"/>			

受付日印

・申請書2ページ目(内払金支払依頼書)

被保険者氏名

申請内容	①-1 出産者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)
	①-2 出産者の氏名(カタカナ)	被保険者(健康保険料を支払っている方)と被扶養者(被保険者の家族)の区分に誤りがないようご記入ください。
	①-3 出産者の生年月日	また、受診者氏名と生年月日も過不足なくご記入ください。
	② 出産年月日	以下の証明もしくは添付書類に記載ある出産日と相違ないようご記入ください。
	③ ③-1 出生児数	以下の証明もしくは添付書類に記載ある出生児数と相違ないようご記入ください。
④ 同一の出産について、健康保険組合や国民健康保険等から出産育児一時金を受給していますか。	<input type="checkbox"/> 1. 受給した 2. 受給していない	
⑤ 出産費用の額(領収・明細書の額)	<input type="text"/> 円	

※医療機関等から交付されている領収・明細書に「出産年月日」および「出生児数」が記入されている場合、もしくは死産の場合で「死産年月日」および「妊娠週数」が記入されている場合は以下の証明は必要ありません。

医療機関等からの証明(医師・助産師、市区町村長)

出産者氏名(カタカナ)

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。

出産年月日 令和 年 月 日

出生児数 人 死産児数 人 死産の場合の妊娠日数 日

上記のとおり相違ないことを証明します。

医療施設の所在地 令和 年 月 日

医療施設の名称

医師・助産師の氏名

電話番号

市区町村長(市区町村長S職)からの証明

本籍 筆蹟者氏名

母の氏名(カタカナ)

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。

母の氏名

出生児数 人 出生年月日 令和 年 月 日

出生児氏名

上記のとおり相違ないことを証明します。

市区町村長名 印 令和 年 月 日

6 2 1 2 1 2 0 1

・申請書2ページ目(支給申請書)

健康保険 被保険者 家 族 出産育児一時金 支給申請書

1 2 ページ

被保険者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名

申請内容	①-1 出産者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)
	①-2 出産者の氏名(カタカナ)	被保険者(健康保険料を支払っている方)と被扶養者(被保険者の家族)の区分に誤りがないようご記入ください。
	①-3 出産者の生年月日	また、受診者氏名と生年月日も過不足なくご記入ください。
	② 出産年月日	以下の証明もしくは添付書類に記載ある出産日と相違ないようご記入ください。
	③ 出産した国	<input type="checkbox"/> 1. 日本 2. 海外 → 国名 ()
申請内容	④-1 出生児数	以下の証明もしくは添付書類に記載ある出生児数と相違ないようご記入ください。
	⑤ 同一の出産について、健康保険組合や国民健康保険等から出産育児一時金を受給していますか。	<input type="checkbox"/> 1. 受給した 2. 受給していない

※医師・助産師、市区町村長のいずれかより証明を受けてください。

医師・助産師の証明	出産者の氏名(カタカナ)									
	出産年月日	令和		年		月		日		
	出生児数	<input type="text"/> 人	死産児数	<input type="text"/> 人	死産の場合の妊娠日数	<input type="text"/> 日				
	上記のとおり相違ないことを証明します。									
	医療施設の所在地	令和		年		月		日		
市区町村長の証明(出生届)	医療施設の名称	・原則、医師・助産師または市区町村に証明をいただいでください。								
	医師・助産師の氏名	・証明いただけない場合は、被保険者、出産者、出生者の記載がある								
	電話番号	戸籍謄本(抄本)等公的証明の原本を添付してください。 (死産の場合は死産週数の確認ができる死産証書のコピーを添付してください。)								
	本市 母の氏名(カタカナ)									
	母の氏名									
市区町村長の証明(出生届)	出生児数	<input type="text"/> 人	出生年月日	令和		年		月		日
	出生児氏名									
	市区町村長名									

6 2 1 2 1 1 0 1