

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**、出産に要した費用が出産育児一時金の支給額を**下回っている**場合

添付書類

- ・ 直接支払制度を利用する旨の同意書のコピー
- ・ 受取代理額の記載がある出産（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た旨の同意書のコピー
- ～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旨が記載された出産（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）
- ・ 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い場合、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・番号	記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日
	氏名(カタカナ)	必ず氏名(カタカナ)および氏名の両方をご記入ください。 氏名をカタカナで登録している(外国語名等)方は、 両方にカタカナ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			

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	支店名
預金種別	1 普通預金	口座番号(左づめ)

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)	☐	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	☐ 1. 添付 2. 不備				
	戸籍(法定代理)	☐ 1. 添付				
産科医療補償制度	☐	1. 該当 2. 非該当				
その他	☐	1. その他(理由)				
6	2	1	1	1	0	1
枚数						

受付日付印

・申請書2ページ目(支給申請書)

健康保険 被保険者 家族		1 2		ページ
出産育児一時金 支給申請書		被保険者・医師・市区町村長記入用		
被保険者氏名				
①-1 出産者	☐ 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)			
①-2 出産者の氏名(カタカナ)	被保険者と家族(被扶養者)の区分に誤りがないようご注意ください。 出産者の氏名と生年月日をご記入ください。			
①-3 出産者の生年月日				
② 出産年月日	以下の証明または添付書類に記載の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	☐ 1. 日本 2. 海外 → 国名 ()			
④-1 出生児数	以下の証明または添付書類に記載の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。	☐ 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・助産師による証明	出産者の氏名(カタカナ)			
	出産年月日	令和 年 月 日		
	出生児数	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				
市区町村長による証明(産婦人科のみ)	本籍	筆頭者氏名		
	母の氏名(カタカナ)			
	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 1 0 1				