

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）
- ※死産の場合は、死産証書のコピー等

※ 出産育児一時金（内払金支払依頼書）の申請がない方には、概ね3か月後に必要事項を印字した「出産育児一時金（**差額申請書**）」をご自宅に送付しています。差額申請書で申請をする場合は、**添付書類等は必要ありませんので**、お急ぎでない場合はご活用ください。

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ていない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
- ・ 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。

・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 |
| | 個人番号 (マイナンバー) | | | 1.昭和 2.平成 3.令和 |
| | 氏名 (カタカナ) | 被保険者の氏名(カナと漢字の両方)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、両方ともカタカナ名でご記入ください。 | | |
| | 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 | 公金受取口座の利用について | 公金受取口座への振込みの希望の有無について必ず記入してください。 (公金受取口座を活用できるのは被保険者だけです) |
| | 公金受取口座の利用について | |
| | 金融機関名称 | 下段の振込先情報(金融機関名や口座番号など)については、 公金受取口座への振込みを希望しない場合のみ 記入してください |
| | 預金種別 | ※ 振込先は被保険者(申請者)の口座をご記入ください。 |

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。➡➡➡

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 | 3 |
| その他 | <input type="checkbox"/> | 1. その他 (理由) | | | | | |
| 枚数 | <input type="text"/> | | | | | | |

受付日付印

