

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⑦②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
- ⑦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。 印

| d | ${f x}$ | b |
|---|---------|----------|
| ₹ | Ü | ۲ |
| ١ | | ッ |
| | | |

全国健康保険協会 船員保険部

2 ページ

被保険者 出産育児一時金 船員保険

内払金支払依頼書 額申請書

被保険者(申請者)・医師・市区町村長記入用

| | | | | , | | | | | | | | | | |
|----|--------------------------------------|-----------------------------|--------|-------------------------------|------|-------|----|----|--------------|---------------------------|-----------------|------------------------|---------|--|
| | T | 出産した者 ※兼保険者の場合②の起入は不要です。 | 氏名 | 保 | 保 花子 | | | 生年 | 月日(平成) 令和 | OO ≄3 | 3 я1 п | | | |
| | 8 | 出産した年月日 | 令和 | O [*] | 0 | 1 | 2 | 1 | | | | | | |
| | | 6 | | (生産) 「生産」の 出生!! | | | | | | | 「死産」の場合 死産児数 | 「死産」の場合 妊娠からの過数及び日数 | | |
| 申 | 9 | 生産または死産の別 | | 死産 生産・死産混石 | | | Œ) | | | ٨ | ٨ | 満 | 週 日) | |
| 請 | 請 | | | 名称 | | | | | 所在地 | | | | | |
| 内容 | 00 | 出産した医療機関等 | 品川〇〇病院 | | | | | | 東京都品川区△△ 1-1 | | | | | |
| | | | | _ | | | 保險 | 者名 | | | ■ ■−の出 | 産について、 | | |
| | 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 | | 「はい」の | | | | | | | → 左記の保険者より 出産育児一時金を受けま | | | | |
| | 10 | または 変施(被扶養者)が出産の場合 | 「記号・番 | 保険者名」と 記号・番号」を ご記入ください。 | | 記号·备号 | | | | □ 受けた/受け | | | る予定 | |
| | | 船員保険に加入後6か月以内の 出産ですか。 | ₽ wwx | | | | | | | | □ 受けた | rl) | | |
| | l | | | | 1 | | | | | | l | | | |

| 証 | 医師・# | 出 | 產者氏名 | 船 | 保 | 花子 | | 出産年月日 | 弁和 ○(|) # 1 | я 2 | 21 🗉 |
|---------|-------|------|-------------|---------|-----------|----|---------|-----------|-------|-------|------------|-----------|
| 証明欄(| 助産師に | # | 生児の数 | | 题 | 見) | 生産 | または死産の別 | 生産 → | 滿 | a (| <u>(e</u> |
| U | よる | 上記 | のとおり相違ないこと | を証明します。 | , | | • | 令和○○年 4 | 月 28日 | | | |
| (いずれか | 証明の場 | | | 東京都品 | | | | | | | | |
| かに | 合 | 医師・ | | 解 五郎 | | | 電話番号 03 | (X X X) | ×) C | 000 | 00 | |
| ご記入ください | - 世区市 | 本籍 | | | | | | 筆頭者氏名 | | | | |
| くださ | (生産の) | 母の氏名 | | | 出生児 氏名 | | | 出生年月日 | 令和 | 年 | Я | В |
| ï | が証 | 上記の | のとおり相違ないこ | とを証明しま | け。 | | 令和 年 月 | 1 8 | | | | |
|) | 明の場合 | 市区 | 打村長名 | | | | Đ | | | | | |

0 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。

Ø

「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 死産の場合で「死産年月日」および「妊娠週数」が記載されている場合は必要ありません。

- ※船員保険部から差額申請のご案内が届いた後に手続きをされる場合は、医師等の証明は不要です。
- ※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。

申請書は2ページです。漏れなく正確にご記入ください。

| 3 | 全国的 | | | | 保険部 保険者 | | - | | ** | 内技 | 4金3 | 支払 | 1 | 2 | ~ | - 1 |
|----------|--|-------------|--------------|--------------|------------|------|----------------|---------|-----------------|--------------|----------------|---------------|-------|------------|----------|-----|
| _ | | #B# | 保険 | • | ER" | ш | 産育 | 児一 | 特金 | ž | 額 | ф | 請 | ŧ۱ | on-®0 | - |
| (#M | RMA | (中排 | 的裁入 | | | | | | | | | | | | | |
| 鯸 | Φ, | - CH | 1000 1000 | ١. | 2 3 | 4 | | 7 8 9 | | - 1 | 2 : | 3 | | | | |
| 保険者 | ٥ | * | 89 0% | 6 | P#1 | | 船份 | | 郎 | | | | ┪ | | | |
| <u> </u> | 3 | * 1 | . A B | 1 | 1 | (| 0 " | 1 1 | 1 | 3 ' | | | _ | | | |
| 精音 | Н | | | | ** 1 | 0 | 2 - 0 | 0 0 | 0 | **** | E 60 | 03 | *** | 100 | 00 | |
| | | ٠ | * | 1 | 東京 | | + # | 田区 | | | | | | | | |
| ⑤ 摄及 | ** | 9 | | 0 | _ | | (M) | | | | | _ | 0 | | call : | • |
| 8 | 1001 | E 5 | | 4 (44 | 6 (| ì | | adapted | _ | · · | 41_ | <u> </u> | _ | | \dashv | |
| 產 | | 1 | 2 | 3 4 | 5 6 | 7 | DES | セン | 木。 | Н | 9 0 | 9 | + | Н | Н | |
| _ | | | | | | | | 006 | \$ 05.00 | A 130 | 0 48 86 | 1 0 00 | 321.0 | 984, Y | ┡ | - 1 |
| 8 | | *** | | ecess A | #H##### | ies. | e viziona i | に最終。事学、 | | | | 46 | | A DENIS | R MC | |
| 敢代職 | l. | | , | 16 | (39,8) | 9 | | | _ | ** | e).o | | | | | |
| 人の機 | | il a | | | (892 | • | - |) | (2+0.80) | 10 | | 4 | |) | | |
| 製入に | #MATERIAL TO A STATE OF THE S | | | | | | | | | | | | | | | |
| E | 銀行しての対し。 有事業務を終える連合代の管合業人業 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | □ 102-4016 東京都下代田区富士見シフ-2 ステージビルディング14億 士国領産が設治会 配責保険部 | | | | | | | | | \Box | | | | | | |



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、 被保険者ご自身がご記入ください。 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。

①医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書のコピー

領収・明細書には、医療機関等が支払機関へ提出する「専用請求書の内容と相違ない旨」の記載および「産科医療補償制度の対象分娩であることを証明する文言」が印字やスタンブ等により明記 (該当する場合のみ) されています。 (このコピーを添付していただく場合は、医師・助産師または市区町村長の証明は省略することができます。)

②医療機関等から交付される直接支払制度に係る代理契約に関する文書のコピー 代理契約に関する文書には、「代理契約を医療機関等と締結している旨」および申請先となる「保険者名」が記載されています。

以下に当てはまる場合に添付いただくもの

| 生産の場合で、上記①に 「出産年月日」および「出生児数」が 記載されていない場合 | 申請書に医師・助産師または市区町村長の証明を受けるか、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)、住民票等)を添付してください。 |
|--|---|
| 死産の場合で、上記①に 「死産年月日」および「妊娠週数」が 記載されていない場合 | 申請書に医師・助産師の証明を受けるか、死産が確認できる書類(死産証書(死胎 検案書)等)を添付してください。 |
| 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 | ・亡くなられた方の「住民票除票」および申請者の「住民票」 ・被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等 |

- ※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。
- ※船員保険部から差額申請のご案内が届いた後に手続きされる場合は、添付書類は不要です。

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

| 産科医療補償制度に加入の医療機関等で 妊娠週数22週以降の出産をした場合 | 1児につき 50万円 |
|---|--------------|
| 産科医療補償制度に加入の医療機関等で | |
| 妊娠週数22週未満の出産をした場合 | 1児につき 48万8千円 |
| 産科医療補償制度未加入の機関で出産した場合 | |

※令和5年3月31日以前の出産の場合は42万円(または40万8千円)

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。

直接支払制度とは

直接支払制度は、船員保険部から支給される出産育児一時金を医療機関等における出産費用に充てることができるよう、 出産育児一時金を船員保険部から医療機関等に対して直接支払う制度のことです。

この制度を利用すると、被保険者が医療機関等へまとめて支払う出産費用の負担の軽減を図ることができます。 直接支払制度を利用できるかどうかは出産予定の医療機関等にご確認ください。

- ※出産にかかった費用が、出産育児一時金の支給額の範囲内であった場合は、出産後、その差額について 船員保険部へ請求することができます。また、出産にかかった費用が出産育児一時金の支給額を超える場合には、 その超えた額を医療機関等へお支払いいただくことになります。
- ※直接支払制度の利用を望まれない方は、船員保険部に対して、被保険者ご自身で出産育児一時金を請求することも可能です。(その場合は、出産にかかった費用を医療機関等へ直接お支払いいただく必要があります。)