

記入のポイント 出産育児一時金（内払金支払依頼書） （1ページ）

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 内払金 支払依頼書

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、出産した費用の差額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	被保険者（本人）の情報を記入 ※扶養家族の情報ではありません									
	氏名（カタカナ）										
	氏名	※申請者はお勤めされている（いた）被保険者です。被保険者がお亡くなりになっている場合は、相続人よりご申請ください。									
	郵便番号（ハイフン除く）						電話番号（左づめハイフン除く）				
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	銀行 金庫 信託 農協 漁協					支店名	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 営業部 本所 支所			
十六銀行、大垣共立銀行の本店営業部は、「本店営業部」に○ 「本店」は×											
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。

記入不要

全国健康保険協会 協会けんぽ

1 / 2

原則記入不要
記入すると確認書類が必要

記入のポイント 出産育児一時金（内払金支払依頼書） （2ページ）

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 内払金 支払依頼書		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		被保険者（本人）の名前		
申請内容	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）	姓と名の間に1マス空けてご記入ください。姓（姓）は1字としてご記入ください。		
	①-3 出産者の生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和		
	② 出産年月日	令和 年 月 日		
	③-1 出生児数	☐ 人		
医療機関等から交付されている領収・明細書に「 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。	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。	☐ 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）	円		
医療・助産師による証明	出産者氏名（カタカナ）	姓と名の間に1マス空けてご記入ください。姓（姓）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。			
医師・助産師の氏名	医療施設の所在地	月 日		
	医療施設の名称			
	医師・助産師の氏名			
	電話番号			
	本籍			
市区町村長による証明（市町村長の署名）	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		令和 年 月 日		

協会けんぽ以外の**他の保険者**（国民健康保険、健康保険組合等）から、出産育児一時金を受給していないことの確認です。
受給していない場合は、「2.受給していない」を記入

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（死産の場合は妊娠週数まで）
・出生児数
が記入されている場合、この欄の証明は**不要**

6 2 1 2 1 2 0 1