

# 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(本人)の情報を記入 ※扶養家族の情報ではありません

被保険者証 氏名(カタカナ) 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)

申請者氏名と同じ名義の口座を記入

外国人等で保険証氏名と口座名義に相違がある場合は、通帳のコピーを添付

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 口座番号(左づめ)

1 普通預金

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

原則記入不要  
記入すると確認書類が必要

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

# 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

①-1 出産者	<input type="checkbox"/>	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)
① ①-2 出産者の氏名(カタカナ)	<input type="text"/>	
①-3 出産者の生年月日	<input type="checkbox"/>	1. 昭和 2. 平成 3. 令和
② 出産年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
③ ③-1 出生児数	<input type="checkbox"/>	人
④ 同一の出産について、優待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"/>	

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「  
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。

出産者氏名(カタカナ)	<input type="text"/>		
出産年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
出生児数	<input type="checkbox"/>	人	死産児数 <input type="checkbox"/> 人
死産の場合の妊娠日数	<input type="text"/> 日		
医療施設の所在地	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
医療施設の名称	<input type="text"/>		
医師・助産師の氏名	<input type="text"/>		
電話番号	<input type="text"/>		
本籍	<input type="text"/>		
母の氏名(カタカナ)	<input type="text"/>		
母の氏名	<input type="text"/>		
出生児数	<input type="checkbox"/>	人	出生年月日 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
出生児氏名	<input type="text"/>		
市区町村長名	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		

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