

被保険者
家族出産育児一時金 内払金支払依頼書
差額申請書—
(内・差)

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)欄	① 記号・番号 (左づめ)										
	② 個人番号 (マイナンバー)										
	電子申請をご利用の際は、マイナンバーを記入せず、記号・番号をご記入ください。										
	③ 被保険者の氏名 (申請者)	(フリガナ)									
	④ 生年月日	[昭和] [平成] [令和]		年		月		日			
	⑤ 住所	郵便番号				—				電話番号 (日中の連絡先) ()	
⑥ 振込希望口座	公金受取口座の利用について		<input type="checkbox"/> 1. 希望する <input type="checkbox"/> 2. 希望しない	「1」を選択された場合は、事前に登録した金融機関の口座へお振込みしますので、以下の振込先情報のご記入は不要です。							
	公金受取口座の利用について「2. 希望しない」を選択された場合は、以下振込先情報をご記入ください。										
	金融機関名称	[銀行] [信金] [労金] [信漁連] [農協] [漁協] [その他] ()				[本店(本所)] [出張所] [代理店] [支店(支所)] ゆうちょ銀行の場合は漢数字3文字です。					
	預金種別	[普通] [当座]			カタカナでご記入ください。						
	口座番号					口座名義					
⑦ 受取代理人の欄	③の名義以外の口座に振込を希望される場合のみご記入ください。 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日 住所 「被保険者欄⑤」の住所と同じ										
	代理人 (口座名義人)	被保険者 (申請者) 氏名	(フリガナ)					被保険者との 関係			
		住所	(郵便番号 —) 電話番号 (日中の連絡先) ()								

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

R8.1

受付日付印

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 被保険者 家族 出産育児一時金 内払金支払依頼書
差額申請書

被保険者(申請者)・医師・市区町村長記入用

申請内容	⑧ 出産した者 ※被保険者の場合⑧の記入は不要です。	氏名				生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
	⑨ 出産した年月日	令和	年	月	日				
	⑩ 出産または死産の別	〔生産〕 〔死産〕 〔生産・死産混在〕			「生産」の場合 出生児数	「死産」の場合 死産児数	「死産」の場合 妊娠からの週数及び日数		
					人	人	満 週 (日)		
	⑪ 出産した医療機関等	名称				所在地			
	⑫ 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 家族(被扶養者)が出産の場合 船員保険に加入後6か月以内の 出産ですか。	<input type="checkbox"/> はい <small>「はい」の場合は 「保険者名」と 「記号・番号」を ご記入ください。</small> <input type="checkbox"/> いいえ	保険者名			同一の出産について、 左記の保険者より 出産育児一時金を 受けましたか。			
			記号・番号			<input type="checkbox"/> 受けた/受ける予定 <input type="checkbox"/> 受けない			

証明欄 (いづれかにご記入ください)	医師・助産師による証明の場合	出産者氏名		出産年月日	令和 年 月 日	
		出生児の数	〔单胎〕 〔多胎(　児)〕	生産または死産の別	〔生産〕 〔死産 → 満 週(　日)〕	
		上記のとおり相違ないことを証明します。				
		医療機関の所在地				
		医療機関の名称				
	医師・助産師の氏名 電話番号 ()					
	市區町村長による証明の場合	本籍		筆頭者氏名		
		母の氏名		出生年月日	令和 年 月 日	
		出生児 氏名		出生児数	人	
		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						