



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

—
(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)	<div>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。</div>									
	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)	()
			都 府	道 県								

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					

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。

⑦ 受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	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									
		氏名						住所	「被保険者欄⑤」の住所と同じ		
	代理人 (口座名義人)	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 「はい」の場合は 「保険者名」と 「記号・番号」を ご記入ください。 <input type="checkbox"/> いいえ	保険者名		記号・番号		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。 <input type="checkbox"/> 受けた/受ける予定 <input type="checkbox"/> 受けない				

証明欄 (いず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	単胎 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。 令和 年 月 日									
	市区町村長による証明の場合 (生産のみ)	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 ()									
		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。 令和 年 月 日										
市区町村長名 印											