

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	記号(左づめ) 番号(左づめ)	生年月日
	個人番号(マイナンバー)		1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日
	氏名(カタカナ)	記号・番号をご記入(印字)された場合は個人番号(マイナンバー)のご記入は必要ありません。(記入(印字)された場合は本人確認書類等の添付が必要になります。)	
	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)	
住所	都 道 府 県		

振込先指定口座	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、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご記入ください。		
	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協	支店名
預金種別	1 普通預金	口座番号(左づめ)	

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。>>>

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。

MN確認(被保険者)	<input type="checkbox"/> 1.記入有(添付あり) <input type="checkbox"/> 2.記入有(添付なし) <input type="checkbox"/> 3.記入無(添付あり)			
添付書類	出産証明書(領収書)	<input type="checkbox"/> 1.添付 <input type="checkbox"/> 2.不備	合意文書等	<input type="checkbox"/> 1.添付 <input type="checkbox"/> 2.不備
	戸籍(法定代理)	<input type="checkbox"/> 1.添付	口座証明	<input type="checkbox"/> 1.添付
産科医療補償制度	<input type="checkbox"/> 1.該当 <input type="checkbox"/> 2.非該当	出産費用	円	
6 2 1 1 1 2 0 3	その他	<input type="checkbox"/> 1.その他 (理由)	枚数	

受付日付印

(2026.1)

