

健康保険者
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(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日
	記号・番号		1.昭和 2.平成 3.令和
	個人番号 (マイナンバー)		年
	氏名 (カタカナ)		月
	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(ー)、半濁点(ー)は1字としてご記入ください。		
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 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) 2.記入有(添付なし) 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 2.不備	合意文書等	<input type="checkbox"/> 1.添付 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 2.非該当	出産費用	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 円				
6 2 1 1 1 2 0 3		その他	<input type="checkbox"/>	(理由) 1.その他	枚数	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	受付日付印



全国健康保険協会
協会けんぽ

(2026.1)

1 / 2

健康保険 被保険者家 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・市町村長記入用

被保險者氏名

①-1 出産者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)																		
①-2 出産者の氏名(カタカナ)	<input type="text"/>																		
	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(ー)、半濁点(ー)は1字としてご記入ください。																		
①-3 出産者の生年月日	<input type="checkbox"/> 1.昭和 <input type="checkbox"/> 2.平成 <input type="checkbox"/> 3.令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日																		
② 出産年月日	令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日																		
③-1 出生児数	<input type="checkbox"/> 人	③-2 死産児数	<input type="checkbox"/> 人																
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。	<input type="checkbox"/> 1. 受給した <input type="checkbox"/> 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円																		

※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」および「出生児数」が記入されている場合、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。

医師・助産師による証明	出産者氏名(カタカナ)																							
	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(°)は1字としてご記入ください。																							
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="text"/>	人		死産児数			<input type="text"/>	人		死産の場合の妊娠日数			<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		日					
上記のとおり相違ないことを証明します。																								
医療施設の所在地																								
医療施設の名称																								
医師・助産師の氏名																								
電話番号																								

本籍																筆頭者氏名			
市区町村長による証明（生産の場合のみ）	<input type="text"/>																		
																	母の氏名(カタカナ)		
姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(ー)、半濁点(ー)は1字としてご記入ください。																			
母の氏名																			
出生児数	<input type="text"/>	人	出生年月日			令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	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																			
印																			
令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日																			

6	2	1	2	1	2	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---



 全国健康保険協会
協会けんぽ

2 / 2