

# (新様式) 記入のポイント

## 出産育児一時金 (内払金支払依頼書) ①

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、記入記入の手引きをご確認ください。

この申請書は、令和5年1月以降にご使用ください。

不明の場合は記入不要

被保険者証	記号 (左づめ)	番号 (左づめ)	生年月日
氏名 (カタカナ)	氏と名の間に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。		
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	
金融機関名称			
支店名			
口座番号 (左づめ)			
預金種別			

必ず「被保険者」の氏名・生年月日

出産者である被扶養者氏名等を書くとき×

受取代理は原則廃止 → 必要の際は別紙記入

自動審査対象外となり、支給日数要する場合あり

↑ 必要箇所をすべて記入 ↓

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。)

【被保険者・市区町村長記入用】は2ページに記載します。 >>>

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)	1. 記入有 (該当あり)	2. 記入有 (該当なし)	3. 記入無 (該当あり)
返付書類	出産証明書 (預収書)	1. 添付	2. 不備
	戸籍 (法定代理)	1. 添付	
産科医療補償制度	1. 適用	2. 非該当	
出産費用	円		
その他	1. その他	枚数	

6 2 1 1 1 2 0 1

原則、記入不要

記入すると確認書類が必要

# (新様式) 記入のポイント

## 出産育児一時金 (内払金支払依頼書) ②

被保険者氏名

①-1 出席者	<input type="checkbox"/>	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)
① ①-2 出席者の氏名(カタカナ)	<input type="text"/>	
①-3 出席者の生年月日	<input type="checkbox"/>	1. 昭和 2. 平成 3. 令和
② 出席年月日	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	③-2 死産児数 <input type="checkbox"/> 人
④ 同一の出産について、医療機関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 出席費用の額 (領収・明細書の額)	<input type="text"/> 円	

↑ 必要箇所をすべて記入 ↑

出席者氏名(カタカナ)	<input type="text"/>	
出席年月日	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
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	
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"/>	
上記のとおり相違ないことを証明します。		
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「出席年月日(死産の場合は妊娠日数まで)」「出生児数」が記入されている場合、この欄の証明は**不要**です。

6 2 1 2 1 2 0 1