1 2

健康保険 被保険者 被扶養者 出産育児一時金 支給申請書

（内払金支払依頼書・差額申請書）

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報			
被保険者等の（右づめ）	記号	番号	生年月日 年 月 日 □昭和 □平成 □令和
氏名	（フリガナ）		
住所	（〒 ー ）	都 道 府 県	
電話番号（日中の連絡先）	TEL （ ）		

退職後に請求する場合は、下記にご記入ください。（被保険者名義）

振込先指定口座			
金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 （ ）		本店 支店 出張所 本所 支所
預金種別	普通口座	口座番号	左づめでご記入ください。
口座名義	▼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。)		

「申請者・医師・市区町村長記入用」は２ページに続きます。〉〉〉

【添付書類・注意事項】

※直接支払制度を利用し内払金支払依頼書として提出する場合のみ、市区町村長または、医師・助産師の証明を受けてください。
但し、医療機関等から交付される領収・明細書に「出産年月日」及び「出生児数」が記載されている場合は、証明は不要です。
なお、死産の場合は、医師・助産師に限って証明を受けてください。

①医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書のコピー

②医療機関等から交付される直接支払制度に係る代理契約に関する合意文書のコピー（差額申請の場合は、添付不要）

（①には「専用請求書の内容と相違ない旨」の記載及び「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言の印字やスタンプ等が明記（該当する場合のみ）されています。）

（②には「代理契約を医療機関等と締結している旨」及び申請先となる「保険者名」が記載されています。）

※直接支払制度を利用しない、できなかった場合

医療機関から交付される直接支払制度を利用していないことを証明する書類のコピー。

（領収・明細書に「直接支払制度を利用していない旨」が記載されている場合は、領収・明細書のコピーで可）

常務理事	事務長			担当者

支払年月日	年 月 日
支給額	円

受付日付印	

1 2

健康保険 被保険者 被扶養者 出産育児一時金 支給申請書

（内払金支払依頼書・差額申請書）

申請者・医師・市区町村長 記入用

被保険者氏名	

申請者記入欄

1 出産した者	1. 被保険者　2. 家族（被扶養者）➡ 続柄（　　）	
1 － ① 家族の場合はその方の	氏名	生年月日 □昭和 □平成 □令和 □（　）　年　月　日
2 出産した年月日	□令和 □（　）　年　月　日	
3 生産または死別の別	1. 生産　2. 死産　3. 生産・死産混在	
3 － ① 「生産」の場合出生児数	人	3 － ② 「死産」の場合 死産児数 人 / 3 － ② － (1) 「死産」の場合 妊娠経過期間 満 週
4 出産した医療機関等	名称	所在地
5 出産した方	●被保険者 ➡退職後6ヶ月以内の出産ですか。 ●家　族 ➡当組合に加入後6ヶ月以内の出産ですか。	1. はい　2. いいえ
5 － ① 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。 ● 被保険者 ➡ 現在加入している保険者について ● 家　族 ➡ 当組合加入前に加入していた保険者について		保険者名 記号・番号
5 － ① － (1) 同一の出産について、5 － ① の保険者より出産育児一時金を		1. 受けた ／ 受ける予定　2. 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 ➡（妊娠　週）

上記のとおり相違ないことを証明する。
□令和 □（　）　年　月　日
医療機関の所在地
医療機関の名称
医師・助産師の氏名

市区町村長による証明書の場合（生産のみ）

本籍		筆頭者氏名	
母の氏名	出生児氏名	出生年月日	□令和 □（　）　年　月　日

上記のとおり相違ないことを証明する。
□令和 □（　）　年　月　日　市区町村名　印