

被 保 険 者 (申 請 者) 情 報	記号	番号	生年月日	年	月	日				
	被保険者等の (右づめ)	3	1 2 3 4	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	6	3	0	4	0	1
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎								
	住所	(〒 0000 - 0000) 千葉 都 道 千葉市〇〇区〇〇〇1-2-3 府 県								
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 00 (000) 0000									

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 本店 支店 農協 漁協 出張所 その他 () 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押印(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 健保 太郎

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 (妻)
1-1 家族の場合はその方の 氏名 健保 花子 生年月日 昭和 63年 5月 1日
2 出産した年月日 令和 8年 4月 1日
3 生産または死別の別 1. 生産
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 〇〇医院 所在地 千葉県千葉市〇〇区〇〇〇1-2-3
5 出産した方 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。
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

証明欄
医師・助産師による証明の場合
(いずれかにご記入ください)
医師・助産師 証明の場合
(いずれかにご記入ください)
市区町村長による証明の場合
(証明書のみ)
医師・助産師による証明の場合
(いずれかにご記入ください)
市区町村長による証明の場合
(証明書のみ)
(印)