

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

依頼書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

被 保 険 者 情 報	記号	番号	生年月日
	被保険者の (左づめ)		1.昭和 年 月 日 2.平成 3.令和
	氏名	フリガナ	
住所	〒	都 道 府 県	
電話番号 (日中の連絡先) ※ハイフン除く	TEL		

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 代理店・出張所・本店営業部 本所・支所	
	預金種別	1.普通 2.当座	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。)		口座名義 の区分

※受取代理人は「事業所様」の口座に限られます。

受 取 代 理 人 の 欄	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	令和 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	住所	住所「被保険者情報」の住所と同じ
	氏名	(フリガナ)	被保険者との 関係

「被保険者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

*添付書類

- 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
- 医療機関等から交付される直接支払制度に係る合意文書のコピー

添付書類に関しては別紙の3枚目をご確認ください。

被保険者氏名

申請
内 容

① 出産した者	☐ 1.被保険者 2.家族（被扶養者）	
①-1 家族の場合は その方の	氏名	生年月日 ☐ 1.昭和 年 月 日 2.平成 年 月 日 3.令和 年 月 日
② 出産した年月日	令和 年 月 日	③ 出産費用の額 (領収・明細書の額) 円
④ 生産または死産の別	☐ 1.生産 2.死産 3.生産・死産混在	
④-1 「生産」の場合 出生児数	人	④-2 「死産」の場合 死産児数 人
		④-2-(1) 「死産」の場合 妊娠からの 週数及び日数 満 週 (日)
⑤ 出産した医療機関等	名称	所在地
⑥ 出産した方	●被保険者⇒退職後6か月以内の出産ですか。 ●家 族⇒当健康保険組合加入後6か月以内の出産ですか。 ☐ 1.はい 2.いいえ	
「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。		保険者名
⑥-1 ●被保険者⇒現在加入している保険者について ●家 族⇒当健康保険組合加入前に加入していた保険者について	記号・番号	
⑥-1-(1) 同一の出産について、 ⑥-1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	

※ 医療機関等から交付されている領収・明細書に、生産の場合で「出産年月日」および「出生児数」、もしくは死産の場合で「死産年月日」および「妊娠週数」が記載されている場合は以下の証明は必要ありません。

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	
	市区町村長による 証明の場合(生産のみ)	出生児の数	☐ 1.単胎 → (児) ☐ 2.多胎	生産または死産の別	☐ 1.生産 → 満 週 ☐ 2.死産 (日)
		上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日			
		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	出生年月日	令和 年 月 日		
	出生児数	人	出生児氏名		
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名				
	印				

添付書類をご用意ください。（コピーと指定していないものは原本が必要です。）

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

領収・明細書には、医療機関等が支払機関へ提出する「専用請求書の内容と相違ない旨」の記載および「産科医療補償制度の対象分娩であること」（該当する場合のみ）が明記されています。

②医療機関等から交付される直接支払制度に係る合意文書のコピー

合意文書には、「医療機関が出産された方に代わり、医療保険者（健康保険組合）へ請求する旨」が記載されています。

申請書に医師・助産師または市区町村長の証明を受けられない場合は下記のいずれかの書類を添付してください。

③出生が確認できる書類

（戸籍謄（抄）本、戸籍記載事項証明書、登録原票記載事項証明書、出生届受理証明書、住民票など）

④死産が確認できる書類

（死産証書（死胎検案書）など）

※証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。

※被保険者が亡くなられ、相続人の方が請求する場合は、被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等を添付してください。