

健康保険 被保険者家族 出産育児一時金 差額申請書

(直接支払制度を利用した場合)

1 2 被保険者(申請者)記入用

被保険者または被扶養者が出産し、医療機関等で出産育児一時金の直接支払制度を利用し、出産費用の補助を受ける場合にご使用ください。申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者(申請者)情報	記号	番号	氏名	生年月日	年	月	日	
	被保険者等記号・番号(右づめ)	8 1	1 2 3 4	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	1 0 0 8 1 1		
	住所	(〒 123 - 5678)	山口 都道 府県	山口市〇〇1-2-3 △△マンション456				
電話番号(日中の連絡先)	TEL 080 (1234) 5678							

確認欄	確認	<input checked="" type="checkbox"/> 右記の要件を確認し、 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。	この申請については①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。
-----	----	--	--

振込先指定口座	金融機関名称	〇〇〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	〇〇〇〇	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	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
	ケンホ ° タロウ				

「2. 代理人」の場合は必ずご記入ください。

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	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
	氏名			住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ			
	代理人(口座名義人)	住所	(〒 -) TEL ()	委任者と代理人との関係			
	氏名	(フリガナ)					

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者等記号・番号を記入した場合は不要です)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(6.12)

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

印

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 差額申請書

(直接支払制度を利用した場合)

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

健保 太郎

申請内容

1 出産した者

2 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 健保 花子

生年月日 昭和 平成 令和

11 年 10 月 22 日

2 出産した年月日

令和 06 年 03 月 15 日

3 生産または死産の別

1 1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在

3-1 「生産」の場合
出生人数

1 人

3-2 「死産」の場合
死産児数

人

3-2-1 「死産」の場合
妊娠からの
週数及び日数

満 週
() 日

4 出産児の氏名

健保 二郎

5 出産した医療機関等

名称 ○○総合病院

所在地 山口県山口市△△1-1

6 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か月以内の出産ですか。

2 1. はい 2. いいえ

6-1

「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

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