

健康保険	被保険者 家族	出産育児一時金及び付加金	内払金支払 依頼書 差額申請書	1	2
被保険者（申請者）・事業主記入用					

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 記号・番号	456	78	☒ 昭和 ☐ 平成	62	410
	氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎				
	住所	(〒 151 - 0051) 東京 都 道 渋谷区千駄ヶ谷 2-37-9 TEL (日中の連絡先) 03 (3404) 7344				

※下記確認欄へ☑をお願いします。

確認欄	この届出については、①または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 記載内容については、誤りがなく申請者本人が確認している。

委 任 状 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 5 年 7 月 1 日
	氏名	健保 太郎	住所「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ
	(〒 151 - 0051)	令和 5 年 7 月 2 日	
代理人 (健保口 口座名義人)	事業所所在地 事業所名称 氏名 電話番号	東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇 〇〇設計事務所 設計 大助 03 (3404) 9545	

受 取 口 座	公金受取口座	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は☑。利用しない場合は上記委任状欄を記入。)
------------------	--------	--

【付加給付について】

令和3年4月1日以降のご出産より、法定給付に加えて1児につき100,000円が付加金として支給されます。
※資格喪失後の出産については、付加金は支給されません。

【添付書類について】

- 合意文書の写し（直接支払制度を利用することが明記された写し）
- 医療機関等が発行する出産費用の内訳が記載された明細書の写し（出産年月日、出生児数等が明記された写し）

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者の氏名（サイン）をご記入ください。

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます>>

記入例

「直接支払制度」を利用した場合

- 申請書は、消えない黒のボールペン等を使用し丁寧に記入ください。

被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の「氏名」、「住所」をご記入ください。
※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。また、「委任状欄」に振込口座をご記入ください。

●振込口座記入例

被保険者 (申請者)	氏名	令和 年 月 日
代理人 (健保口 口座名義人)	事業所所在地 事業所名称 氏名 電話番号	令和 年 月 日
	ケンボ ジロウ 〇〇銀行 〇〇支店 普通 〇〇〇〇〇〇〇〇	

必ずご確認いただき、確認欄に☑をお願いします。

公金受取口座をご利用される場合は、委任状欄の記入は不要です。

添付書類の見本については、当組合HPをご参考ください。

●TOP>各種手続き>ライフシーン>出産したとき

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

63 年 8 月 20 日

2 出産した年月日

令和 5 年 6 月 13 日

3 出産または死産の別

1

1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在

3-①生産の場合は
出生人数

2

人

3-②死産の場合は
死産児数

人

3-②-（1）死産の
場合は妊娠経過期間

満

週

4 出産した医療機関等

名称

〇〇レディースクリニック

所在地

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇

5 出産した方

●被保険者 ➡ 退職後6ヶ月以内の出産ですか。

●被扶養者 ➡ 当組合に加入後6ヶ月以内の出産ですか。

2

1. はい 2. いいえ

5-①

「はい」の場合は、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

●被扶養者 ➡ 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

死産の場合は、死産児数とともに妊娠からの週数をご記入ください。

証明欄（いづれかにご記入ください。）

医師証・助産師の場合に

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 日）

上記のとおり相違ないことを証明する。

医療施設の所在地

令和 年 月 日

医療施設の名称

医師・助産師の氏名

市区町村長（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

市区町村長名

④

医療機関から交付される領収・明細書に「出産年月日」および「出生児数」が記載されている場合、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、証明を受けていただく必要はありません。

※証明欄を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（医師・助産師・市区町村長）の氏名（サイン）が必要です。市区町村長の場合は、併せて押印も必要となります。

【証明欄の省略について】
・ 出産費用明細書の写し（出産年月日、出生児数の記載があるもの）を添付する場合は上記証明欄の省略可。
※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。