

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 差額申請書

被保険者情報	被保険者証	記号	番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)			印	← 自署の場合は押印を省略できます。ただし、受領を代理人に委任する場合は委任状と同じ印を押印ください。		
	住所	〒	—	都・道 府・県		電話番号 (日中の連絡先)	()	
	事業所名称				提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)		

振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
		支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	口座名義 (カタカナで記入)	口座名義区分		被保険者(申請者)・代理人

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。代理人は、被保険者とは別の印を必ず押印ください。	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和	年	月	日
		代理人 (口座名義人)	住所	印	氏名・印	被保険者との関係()	

申請内容	出産した方 (どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	出生児の氏名								
	家族の場合は その方の	氏名	生年月日	昭・平・令	年	月	日	続柄()				
	出産した年月日	令和	年	月	日	生産児数	人	死産児数	人	死産のとき (妊娠経過期間)	か月	週
	出産した 医療機関等	名称	所在地									
	他の健康保険 などに加入	出産日の前後6か月以内に他の健康 保険などに加入していた(いる)場合		▶ 別途、「健康保険等加入状況の申告」を添付してください。								

証明欄	▶ 医師・助産師による証明の場合												
	出産者の氏名												
	出産年月日	令和	年	月	日	生産児数	単胎・多胎()	生産又は 死産の別	生産・死産(妊娠	か月	週)		
	上記のとおり相違ないことを証明する。 医療機関の所在地・名称												
	令和	年	月	日	医師・助産師の氏名		印						
▶ 市区町村長による証明の場合(生産のみ)													
本籍													
母の氏名	出生児氏名				筆頭者 氏名								
出生 年月日	令和	年	月	日	印								
上記のとおり相違ないことを証明する。 市区町村長													

【差額申請書として提出する場合】 医師・助産師による出産証明または市区町村長による出生に関して戸籍に記載した事項等の証明は必要ありません。

受付日付印

マイナンバー記入欄(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印

出産育児一時金 内払金支払依頼書/差額申請書 記入例

東京都二ツト 健康保険組合 | 業務部 03-3626-1400

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 差額申請書	
被保険者情報	1 被保険者証	記号 8765	番号 4321	生年月日	昭(令) 年 月 日
	2 氏名・印	(フリガナ) トウキョウ ハナコ 東京 花子		3 印	— 自署の場合は押印を省略できます。ただし、受領を代理人に委任する場合は委任状と同じ印を押印ください。
	住所	〒 110-0000 東京 (都・道府・県) 〇〇区〇〇〇 ×-×-×	電話番号 (日中の連絡先)	090 (××××) ××××	
事業所名称	〇〇〇〇(株)		提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。(事業主経由(依頼)する場合は✓)	
振込先	金融機関名称	〇〇〇 (銀行・金庫・信託 支店・本店・出張所 支店・その他)	預金種別	普通 ・当座・その他()	
	口座名義 (カタカナで記入)	トウキョウ ハナコ	口座番号	7654321	
委任状	4 口座名義が代理人の場合にご記入ください。代理人は、被保険者とは別の印を必ず押印ください。	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和 年 月 日	
		代理人 (口座名義人)	住所		被保険者との関係 ()
申請内容	5 出産した方 (どちらかに✓)	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	出生児の氏名	東京 次郎	
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	続柄 ()
	出産した年月日	令和 1 年 6 月 5 日	生産児数 1 人	死産児数 人	死産のとき (妊娠経過期間)
6 出産した医療機関等	名称 〇〇産婦人科医院	所在地	東京都〇〇区〇〇〇 ×-×-×		
7 他健康保険などに加入	出産日の前後6か月以内に他の健康保険などに加入していた(いる)場合 ▶ 別途、「健康保険等加入状況の申告」を添付してください。				
証明欄	▶ 医師・助産師による証明の場合				
	7 出産者の氏名		出産年月日	令和 年 月 日	生産児数 単胎・多胎(児) 生産又は死産の別 生産・死産(妊娠) か月 週
	上記のとおり相違ないことを証明する。 医療機関の所在地・名称 令和 年 月 日 医師・助産師の氏名 (印)				
	▶ 市区町村長による証明の場合(生産のみ)				
	本籍		筆頭者氏名		出生年月日 令和 年 月 日
	母の氏名		出生年月日		市区町村長 (印)
	上記のとおり相違ないことを証明する。 市区町村長				
	【差額申請書として提出する場合】 医師・助産師による出産証明または市区町村長による出生に関して戸籍に記載した事項等の証明は必要ありません。				
	マイナンバー記入欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です) 受付日付印				
8	マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。				
	社会保険労務士の提出代行者名記載欄 (印)				

記入もれや誤りが多いところ (特にご注意ください。)

- 1 被保険者証の記号及び番号は、保険証に記載されています。
- 2 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をご記入ください。(住所、振込先口座も同様です。)
- 3 被保険者(申請者)本人の自署の場合は、押印を省略できます。ただし、給付金の受取りを代理人に委任するときは、必ず押印してください。
- 4 口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。被保険者(申請者)、代理人(口座名義人)の印もれにご注意ください。また、代理人(口座名義人)の印は、被保険者(申請者)の印とは別のものをご使用ください。なお、代理人(口座名義人)が当組合の加入員でないときは、続柄のわかる書類(戸籍謄本、住民票など)の添付が必要となります。
- 5 出産した方が家族の場合は、氏名、生年月日、戸籍上の被保険者との続柄をご記入ください。
- 6 出産日の前後6か月以内に他の健康保険などに加入している(いた)場合は、別途、「健康保険等加入状況の申告」を添付してください。
- 7 当組合より、「出産育児一時金支給決定通知書」をお受け取りになられた後、この手続をされる場合において、差額申請となります。差額申請に該当する場合は、出産に関する医師等の証明については、省略することができます。
- 8 ①の被保険者証の記号及び番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

添付書類 (次のすべての書類が必要となります。)

- 1 出産費用の領収・明細書の写し
出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度実施要綱に基づき作成された明細書の写し
- 2 医療機関等から交付される合意文書の写し
直接支払制度にかかる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当健保組合が記載されているもの

注: この申請書を事業所(事業主)経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」に ✓ を付けてください。

健康保険等加入状況の申告

東京都二ツト 健康保険組合

1 次の①又は②に該当する場合は、現在加入している又は以前加入していた健康保険（保険者）について、アからウの該当する項目にご記入ください。

- ① 退職後（資格喪失後）6か月以内に出産し、被保険者出産育児一時金を申請する場合
- ② 当組合の被扶養者として加入後6か月以内に出産し、家族出産育児一時金を申請する場合

ア 国民健康保険に加入（①の方は「現在」、②の方は「以前」）

市区町村名	都・道・府・県	市・区・町・村	国民健康保険
被保険者氏名	世帯主の氏名をご記入ください。		
保険証の記号・番号	記号：	番号：	すでに保険証を市区町村に返却しており、記号・番号が不明の場合は空白にし、加入期間のみご記入ください。
資格取得年月日	昭和・平成・令和	年 月 日	
資格喪失年月日	昭和・平成・令和	年 月 日	

イ 健康保険の被扶養者として加入（①の方は「現在」、②の方は「以前」）

保険者名称	協会けんぽや健保組合名をご記入ください。		
被保険者氏名	配偶者（夫）などの氏名をご記入ください。		
保険証の記号・番号	記号：	番号：	すでに保険証を健保組合等に返却しており、記号・番号が不明の場合は空白にし、加入期間のみご記入ください。
扶養認定年月日	昭和・平成・令和	年 月 日	
扶養削除年月日	昭和・平成・令和	年 月 日	

ウ 健康保険の被保険者として加入（①の方は「現在」、②の方は「以前」）

保険者名称	協会けんぽや健保組合名をご記入ください。		
保険証の記号・番号	記号：	番号：	すでに保険証を健保組合等に返却しており、記号・番号が不明の場合は空白にし、加入期間のみご記入ください。
資格取得年月日	昭和・平成・令和	年 月 日	
資格喪失年月日	昭和・平成・令和	年 月 日	

2 次の①又は②に該当する場合は、下記の証明書欄に該当する保険者から出産育児一時金が支給されていない旨の証明を受けてください。（保険者：協会けんぽ、健保組合、共済組合など）

- ① 退職後（資格喪失後）6か月以内の出産で、上記イ又はウに該当する場合
- ② 被扶養者として加入後6か月以内の出産で、上記ウに該当する場合

証明書									
下記該当者について、出産育児一時金は支給していないこと。また、今後も支給しないことを証明いたします。									
記号・番号		—							
被保険者名									
出 産 日		令和	年	月	日	令和 年 月 日			
保 険 者 所 在 地									
名 称									
電 話 番 号									
(印)									

健康保険等加入状況について上記のとおり申告します。

氏 名

(印)