

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

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			
	住所	(〒	-	)	都	道	府
	電話番号 (日中の連絡先)	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 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号
	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。)	

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
	代理人 (口座名義人)	住所	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ			
	氏名・印	(〒	-	)	TEL	(

2ページに続きます。>>>

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、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。)

備考欄	
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	印

受付日付印

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

 昭和  
 平成  
 令和

年 月 日

2 出産した年月日

平成 年 月 日  
令和

3 生産または死産の別

1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在

3 - ①

「生産」の場合出生人数

 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 出産児の氏名

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。

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

## 添付書類

- ①直接支払制度活用に関する合意文書の写し
- ②出産費用明細書の写し
- ③領収書の写し

## 支給額

産科医療補償制度に加入している分娩機関での出産

42万円/人  
※多児の場合は×人数

産科医療補償制度に未加入の医療機関等で出産した場合

40万4千円

妊娠週数:22週未満で出産した場合

◇出産にかかった費用が出産育児一時金の支給額(原則42万円)の範囲内であった場合は、その差額分(付加給付10万円を含む)を被保険者に支給します。

## 被保険者資格喪失後に出産した場合

被保険者資格を喪失した場合でも、次の①・②ともに該当した場合は支給を受けることができます。

- ①資格喪失日の前日(退職日等)までに被保険者期間(任意継続被保険者期間は除く)が継続して1年以上あること。
- ②資格喪失後6か月以内に出産したこと。

**※同じ出産に対して出産育児一時金の支給は1回のみです。**

資格喪失後6か月以内の出産に対しても支給されるため、支給を受けることができる保険者が複数になる場合もありますが、重複して支給を受けることはできません。また資格喪失後は付加給付金の支給は受けられません。