

記入例①

【直接支払制度を利用され、実際の出産費用が出産育児一時金の額※を超えている場合】

※出産育児一時金は1児につき500,000円です。

但し、妊娠22週未満の出産や産科医療補償制度未加入医療機関等での出産の場合は488,000円です。

☒ 請求申請書
☐ 内払金支払依頼書
☐ 差額申請書

令和 1 年 12 月 20 日提出

申請者記入欄	被保険者証の 記号・番号	11 - 1234	被保険者氏名	新明和 太郎			被保険者の 生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	54 年 4 月 5 日
	被保険者 住所	〒 665 - 8550 兵庫県西宮市△△3-4							
	出産した 医療施設	所在地	〒 665 - 889 兵庫県宝塚市〇〇1-2						
		名称	〇〇産婦人科医院						
	家族の出産で あるときはそ の氏名・生年 月日	新明和 花子	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	56 年 6 月 7 日	出生児の氏 名・生年月日	新明和 三郎	令和	1 年 11 月 11 日	
	出生児が被扶養者 かどうか	被扶養者で	☒ ある ☐ ない	出生児が被扶養者で ないときはその理由			死産のときは その旨		
振込希望 の銀行	銀行名				口座 種別	☐ 普通 ☐ 当座 ☐ その他 ()	口座 番号		
	支店名				口座名義 カタカナ				

委任	私は、この出産育児一時金(家族出産育児一時金)・出産育児一時金付加金(家族出産育児一時金付加金)の受領に関する権限を下記代理人に委任する。							
	令和 1 年 12 月 20 日							
	被保険者住所 「申請欄の被保険者住所」に同じ				事業所住所			
	被保険者氏名 新明和 太郎				代理人事業所名			
					代理人氏名			

備考								
----	--	--	--	--	--	--	--	--

※記号・番号の代わりにマイナンバーを備考欄に記入することで申請も可能ですが、マイナンバーで申請する場合は個人番号と本人を確認できる書類の添付が別途必要になる上、マイナンバー取扱担当者のみが取扱える機密文書となりますので、マイナンバーで申請する際には事前に事業所担当者にご確認ください。なお、記号・番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です。

医師・助産師又は市区町村長が証明する欄	出産年月日	令和	年	月	日	出生児の数	単胎・多胎 (児)	
	生産・死産の別	生産・死産(妊娠 月又は第 週)						
	上記のとおり相違ないことを証する。							
	令和	年	月	日	医療施設の所在地			
					医療施設の名称			
	本籍				筆跡(印)	出生児氏名		
	出生届出日	令和	年	月	日	出生年月日	令和	年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証する。							
	令和	年	月	日	市区町村長名			

※医療施設等が発行する領収・明細書(写し)を添付すること。
(領収・明細書には、「産科医療補償制度」に加入している医療施設等で出産(但し妊娠22週以降)した場合、その制度の対象分娩であることを証明する所定の印が押印されています。)
※医療施設等から交付される「出産育児一時金の医療機関直接支払制度について」(直接支払制度に係る代理契約に関する文書)の写しを添付すること。
(代理契約に関する文書には「直接支払制度利用についての医療施設等との契約内容」と申請先となる「保険者名」が記載されています。)

健保記入欄	令和 年 月 日 起案				☐ 直接支払制度	出産育児一時金								円
	常務理事	事務長		係		資格取得日	出産育児付加金							円
						資格喪失日	支給額							円
						年 月 日								
健保受付印														

記入例②

【直接支払制度を利用しない場合】

※出産育児一時金は1児につき500,000円です。

但し、妊娠22週未満の出産や産科医療補償制度未加入医療機関等での出産の場合は488,000円です。

金(付加金)

- ☒ 請求申請書
☐ 内払金支払依頼書
☐ 差額申請書

下記のとおり申請します。

令和 1 年 12 月 20 日提出

申請者記入欄	被保険者証の記号・番号	11 - 1234	被保険者氏名	新明和 太郎			被保険者の生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	54 年 4 月 5 日
	被保険者住所	〒 665 - 8550 兵庫県西宮市△△3-4							
	出産した医療施設	所在地	〒 665 - 889 兵庫県宝塚市〇〇1-2						
		名称	〇〇産婦人科医院						
	家族の出産であるときはその氏名・生年月日	新明和 花子	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	56 年 6 月 7 日	出生児の氏名・生年月日	新明和 三郎	令和 1 年 11 月 11 日		
	出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で ☒ ある ☐ ない	出生児が被扶養者でないときはその理由			死産のときはその旨			
振込希望の銀行	銀行名				口座種別	☐ 普通 ☐ 当座 ☐ その他 ()	口座番号		
	支店名				口座名義カタカナ				

委任	私は、この出産育児一時金(家族出産育児一時金)・出産育児一時金付加金(家族出産育児一時金付加金)の受領に関する権限を下記代理人に委任する。	
	令和 1 年 12 月 20 日	
	被保険者住所 「申請欄の被保険者住所」に同じ	事業所住所
	被保険者氏名 新明和 太郎	代理人事業所名 代理人氏名

備考	
----	--

※記号・番号の代わりにマイナンバーを備考欄に記入することで申請も可能ですが、マイナンバーで申請する場合は個人番号と本人を確認できる書類の添付が別途必要になる上、マイナンバー取扱担当者のみが取扱える機密文書となりますので、マイナンバーで申請する際には事前に事業所担当者にご確認ください。なお、記号・番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です。

医師・助産師又は市区町村長が証明する欄	出産年月日	令和 年 月 日	出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)
	生産・死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 月 又は 第 週)		
	上記のとおり相違ないことを証する。 令和 年 月 日			
	本籍	名		
	出生届出日	令和 年 月 日	出生年月日	令和 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証する。 令和 年 月 日 市区町村長名			

※ 医療施設等が発行する領収・明細書(写し)を添付すること。
(領収・明細書には、「産科医療補償制度」に加入している医療施設等で出産(但し妊娠22週以降)した場合、その制度の対象分娩であることを証明する所定の印が押印されています。)
※ 医療施設等から交付される「出産育児一時金の医療機関直接支払制度について」(直接支払制度に係る代理契約に関する文書)の写しを添付すること。
(代理契約に関する文書には「直接支払制度利用についての医療施設等との契約内容」と申請先となる「保険者名」が記載されています。)

健保記入欄	令和 年 月 日 起案				☐ 直接支払制度	出産育児一時金								円
	常務理事	事務長		係		資格取得日	年 月 日	出産育児付加金						円
						資格喪失日	年 月 日	支給額						円
														健保受付印

記入例③

【直接支払制度を利用され、実際の出産費用が出産育児一時金の額※を下回っており、その出産費用と出産育児一時金との差額について支払申請される場合】

※出産育児一時金は1児につき500,000円です。
但し、妊娠22週未満の出産や産科医療補償制度未加入医療機関等での出産の場合は488,000円です。

☐請求申請書
☒内払金支払依頼書
☐差額申請書

※出産育児一時金は1児につき500,000円です。
但し、妊娠22週未満の出産や産科医療補償制度未加入医療機関等での出産の場合は488,000円です。

太郎

被保険者の
生年月日

☒ 昭和

☐ 平成

☐ 令和

54年4月5日

申請者記入欄

被保険者
住所

〒 665 - 8550
兵庫県西宮市△△3-4

出産した
医療施設

所在地

〒 665 - 889
兵庫県宝塚市〇〇1-2

名 称

〇〇産婦人科医院

家族の出産で
あるときはそ
の氏名・生年
月日

新明和 花子

☒ 昭和

☐ 平成

☐ 令和

56年6月7日

出生児の氏
名・生年月日

新明和 三郎

令和 1年11月11日

出生児が被扶養者
かどうか

被扶養者で

☒ ある

☐ ない

出生児が被扶養者で
ないときはその理由

死産のときは
その旨

振込希望
の 銀 行

銀行名

口座
種 別

☐ 普 通

☐ 当 座

☐ その他 ()

口座
番 号

支店名

口座名義
カタカナ

委任	私は、この出産育児一時金(家族出産育児一時金)・出産育児一時金付加金(家族出産育児一時金付加金)の受領に関する権限を下記代理人に委任する。									
	令和 1 年 12 月 20 日									
	被保険者住所 「申請欄の被保険者住所」に同じ					事業所住所				
	被保険者氏名					代理人氏名				
	新明和 太郎									

備考	
----	--

※記号・番号の代わりにマイナンバーを備考欄に記入することでの申請も可能ですが、マイナンバーで申請する場合は個人番号と本人を確認できる書類の添付が別途必要になる上、マイナンバー取扱担当者のみが取扱う機密文書となりますので、マイナンバーで申請する際には事前に事業所担当者にご確認ください。なお、記号・番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です。

医師・助産師又は市区町村長が証明する欄	出 産 年 月 日		令和		年	月	日	出 生 児 の 数		単胎 ・ 多胎 （ 児）	
	生 産 ・ 死 産 の 別		生 産 ・ 死 産（妊娠 月 又は 第 週）								
	上記のとおり相違ないことを証する。										
	令和 年 月 日			医 療 施 設 の 所 在 地							
				医 療 施 設 の 名 称							
医師等の証明は不要です。											
本 籍				筆 跡 認 別 書				出 生 児 氏 名			
出 生 届 出 日		令和		年	月	日	出 生 年 月 日		令和		年 月 日
上記のとおり相違ないことを証する。											
令和 年 月 日			市 区 町 村 長 名								

※ 医療施設等が発行する領収・明細書(写し)を添付すること。
(領収・明細書には、「産科医療補償制度」に加入している医療施設等で出産(但し妊娠22週以降)した場合、その制度の対象分娩であることを証明する所定の印が押印されています。)

※ 医療施設等から交付される「出産育児一時金の医療機関直接支払制度について」(直接支払制度に係る代理契約に関する文書)の写しを添付すること。
(代理契約に関する文書には「直接支払制度利用についての医療施設等との契約内容」と申請先となる「保険者名」が記載されています。)

健 保 記 入 欄	令和 年 月 日 起案				☐ 直接支払制度	出産育児一時金								円
	常務理事	事務長		係		資 格 取 得 日 年 月 日	出産育児付加金							円
					資 格 喪 失 日 年 月 日	支 給 額							円	