

**記入例** ご不明な点は健康保険組合までお問い合わせください

**B. 直接支払制度利用**

被保険者→(出産医療機関等)人事G→健保

健康保険 被保険者 直接支払制度利用  
家 族 出産育児一時金(差額・内払金)支給申請書

受付年月日	支払年月日

太枠内をご記入ください。 申請年月日 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	⑦ 被保険者証 記号・番号	211 - 1234567	被保険者 ④ (申請者) 氏名・印	健保 三郎	⑧ 生 年 月 日	昭和 平成 令和 〇〇年 〇月 〇日		
	被保険者 ⑩ (申請者) 住所・TEL	〒 ***-0021 神戸市〇〇区△△1-1 Tel 090-1234-5678	事業所名称 所在地 勤務地 【部署名】	虹技 株式会社 姫路市大津区勤兵衛町4丁目1番地 姫路 東京 北陸 名古屋 北九州 【 □□事業部 営業G 】				
	⑫ 出産をされた 方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 →	⑬ 氏 名	健保 愛	⑭ 続 柄 妻等	毒	⑮ 生 年 月 日	昭和 平成 令和 〇〇年 〇月 〇日
	⑯ 出産した 年月日	平成 30年 5月 10日	⑰ 生産または死産の別	1. 出産 2. 死産 3. 生産・死産混在	⑱ 出 生 児 数	1 人	⑲ 死 産 児 数	人
	⑳ 出生児の 氏名	健保 三太郎	㉑ 被保険者との続柄 (例:長男、二女など)	三男	㉒ 産 生 医 療 機 関 等 の 名 称	〇〇〇産婦人科	㉓ 産 生 地 の 名 称	神戸市〇〇〇〇〇〇
	㉔ 出生児が当 健保の被扶 養者かどうか	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	㉕ 出生児が被 養者でない ときはその 理由		被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)			
㉖ ① 該 当者 の み 記 入 )	① 出産日より以前、6ヶ月の間に異動(退職、扶養認定)のあった方 1. 当健康保険組合資格喪失後(退職後)6ヶ月以内の出産の場合 現在加入している健康保険組合名等を記入>>> 2. 被扶養者認定後6ヶ月以内の出産の場合 認定前に加入していた健康保険組合名等を記入>>> ※1年以上健康保険の被保険者であった方が、その資格喪失後6ヶ月以内に出産された場合は、喪失した最後の保険者から出産育児一時金を受け取ることができます。請求先健保の選択は出産予定者の判断によりますが、それぞれの健保からの重複支給はできません。 上記をご理解のうえ【□に✓をしてください】 <input type="checkbox"/> 同一の出産について他保険者から『出産育児一時金』を受けません。		健保組合等 の 名 称・Tel	Tel ( )	記 号	番 号	改姓した場合、当時の氏名	

㉖～㉗  
被保険者についてご記入ください。  
⑦保険者証に記載されている記号-番号  
⑩氏名・押印  
⑮生年月日  
⑩住所・電話番号  
⑭勤務地・所属部署名

㉘～㉙  
出産された方についてご記入ください。  
被保険者の出産の場合は㉘～㉙省略。

㉚～㉛  
出産年月日等、出生児についてご記入  
ください。

㉜㉝  
出生児の氏名、続柄(子ではなく長男・  
二女等)

㉞㉟  
出生児が他健保等に加入する場合  
(例:女性被保険者が出産した場合、夫  
の勤務先で加入している他の健康保険  
組合等の被扶養者になる時)は、「な  
い」に○をし、㉕に理由をごきにゅう  
ください。

㊱  
虹技を退職、もしくは扶養認定をされ  
てから6ヶ月以内の出産で、当健保組  
合から一時金を受取る時は、必ずご記  
入ください。  
また、㉕をお読みいただき、他健保等  
から出産育児一時金を重複して受取ら  
ない事に同意のうえ□に✓をしてくだ  
さい。

㊲または㊳  
一時金の受取方法を選択してくだ  
さい。  
姫路勤務の方は㉞に被保険者(申請  
者)氏名と押印を、  
姫路勤務以外の方は㉞に被保険者  
(申請者)の口座をご記入下さい。

※死産の場合は医師・助産師の証明が必要です。証明を受けられない場合は(死産証明(死胎検査書)など)を提出してください。

医師・助産師証明欄	① 出産年月日	平成 年 月 日	② 生産・死産の別	生産・死産・混在(妊娠満 週 日)
	③ 出生児の数	単胎・多胎( 児)	※備考	
	上記のとおり相違ない( ) ※出産後2～3時間での死産の場合はその旨記入			
	平成 年 月 日	医療施設名称・所在地	医師・助産師名	④

㊴ 委 任 状 欄	本申請に基づき給付金に関する受領を ***** ㉞ に委任します。 被保険者 (申請者) 氏名・印 健保 三郎	㊵ 振 込 先 口 座	金融 機 関 名 称	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所
		種別	普通 当座	口座 番 号	
		口座 名 義			

決 議 欄	文給文出決定年月日	平成 年 月 日	(内払・差額)支給決定金額	支給方法	事務担当	事務長	担当者
	文給文出決定年月日	平成 年 月 日	現金 振込				
備	出 産 年 月 日						備 考

【必須添付書類】 \*直接支払制度を利用される方  
◎ 合意書(写)・・・直接支払制度の利用の有無の確認のため  
◎ 産院・病院発行の領収書(写)、明細書(写)・・・産科医療補償制度加入医療機関のスタンプがないものについては48万8千円を支給