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	被保険者等記号・番号	記号 番号	記号番号が分からない場合は、マイナンバーを記入してください。	
	氏名	（フリガナ）	生年月日	昭・平・令 年 月 日
	住所	〒 ー 都・道 府・県		
			電話番号（日中の連絡先）	（ ）
	提出委任	☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）		

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（ ） ※ゆうちょ銀行口座の支店名は、『数字3桁』です。	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。	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 氏名
		代理人（口座名義人）	住所 氏名 被保険者との関係（ ）

申請内容	出産した方（どちらかに✓）	☐ 被保険者 ☐ 家族（被扶養者）						
	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（ 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。 令和 年 月 日	医療機関の所在地・名称 医師・助産師の氏名				

▶ **市区町村長による証明の場合（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				印

【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

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

東京都ニット 健康保険組合

（R06.12）

出産育児一時金 内払金支払依頼書/差額申請書 記入例

東京都ニット 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

❶ 被保険者等記号・番号：記号 1357 番号 248（記号番号が分からない場合は、マイナンバーを記入してください。）

❷ 氏名：（フリガナ）ケンコウ イチロウ　健康 一郎　生年月日：昭・(平)・令 ×× 年 ×× 月 × 日

住所：〒 111 － 0000 東京 都・道・府・県 △△△区○○○○ ×－×　○○○○マンション×××号　電話番号（日中の連絡先）：080（××××）××××

提出委任：☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

振込先

❸ 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：0 0 0 3 5 7 9

※ゆうちょ銀行口座の支店名は、『数字3桁』です。

口座名義（カタカナで記入）：ケンコウ イチロウ　口座名義区分：被保険者（申請者）・代理人

委任状

❹ 口座名義が代理人の場合にご記入ください。

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　氏名

代理人（口座名義人）：住所　氏名　被保険者との関係（　）

申請内容

❺ 出産した方（どちらかに✔）：☐ 被保険者　☑ 家族（被扶養者）

家族の場合はその方の：氏名 健康 華　生年月日 昭・(平)・令 ×× 年 × 月 ×× 日 続柄（妻）

出産した年月日：令和 × 年 × 月 × 日　生産児数：1 人　死産児数：0 人　死産のとき（妊娠経過期間）：　か月　週

❻ 出産した医療機関等：名称 △△△総合病院　所在地 東京都○○区○○○ △△

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

❼ ▸ 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（　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

▸ 市区町村長による証明の場合（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　印

【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

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

東京都ニット 健康保険組合　（R06.12）

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

❶ 被保険者等記号番号は、資格情報のお知らせ・資格確認書またはマイナ保険証登録済みであれば、マイナポータルサイトからご確認いただけます。

❷ 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。）

❸ 給付振込口座をご記入ください。
ゆうちょ銀行を希望の場合、支店名が数字３桁、口座番号が数字７桁でご記入ください。

❹ 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。
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。

❺ 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。

❻ 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。

❼ 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等については、省略することができます。

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

東京都ニット 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。
被保険者等 記号番号	記号：　　番号：	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。
被保険者等 記号番号	記号：　　番号：	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。
被保険者等 記号番号	記号：　　番号：	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

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