

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

記入例

出産育児一時金付加金

被保険者(申請者)情報	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			
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	1 1	1 1 1 1			
	氏名	(フリガナ) サノ タロウ	生年月日			
	住所	(〒 559 - 0011)	大阪	都 道 府 県	□ 昭和 □ 平成 □ 令和	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 06 (6655) 0551	大阪市住之江区北加賀屋5-2-7			

☒ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)

委任状	☒ 事業主 委任払いを利用する。(利用する場合は☑のうえ、下記の欄を記入。)				
	被保険者 氏名	佐野 太郎 印			
	代理人	事業主	住所	(〒 530-6109) 大阪市北区中之島3-3-23	
	事業主 代表者名	サノヤスホールディングス株式会社 代表取締役社長 ○○ ○○○ 印			

振込先 指定口座	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。				
	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 本店 支店 農協 漁協 出張所 その他 () 本所 支所			
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)		
	口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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。			

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

支給決定額	円
-------	---

受付日付印

回 覧 印	常務理事	事務長	担 当

サノヤス健康保険組合

1/2

被保険者氏名

佐野 太郎

申請内容

1 出産した者

2

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

佐野 花子

生年月日

☐ 昭和
☒ 平成
☐ 令和

0 4

年

0 1

月

3 1

日

2 出産した年月日

令和

0 6

年

1 0

月

0 1

日

3 生産または死産の別

1

1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在

3 - ①

「生産」の場合出生人数

1

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 出産した医療機関等

名称

佐野医院

所在地

大阪市北区中之島3-3-3

5 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。

2

1. はい 2. いいえ

5 - 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

5 - ① - (1)

同一の出産について、5 - 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

証明欄（いずれかにご記入ください）

医師・助産師による
証明の場合

出産者氏名

出産年月日

令和

年

月

日

出生児の数

☐ 単胎 ☐ 多胎 → (

児)

生産または死産の別

☐ 生産 ☐ 死産 → (妊娠

週)

上記のとおり相違ないことを証明する。

医療施設の所在地

令和 年 月 日

医療施設の名称

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。

市区町村長名

令和 年 月 日

印

【内払金支払依頼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を受けてください。

死産の場合は、医師・助産師に限って証明を受けてください。ただし、医療機関等から交付される領収・明細書に「出産年月日」および「出生児数」が記載されている場合、もしくは死産の場合で「死産年月日」および「妊娠週数」が記載されている場合は必要ありません。

【添付書類】

①医療機関等から交付される合意文書の写し

②出産費用の領収・明細書の写し