

# 出産育児一時金 差額申請書 記入例

東京電子機械工業 健康保険組合 | 医療課一係 03-3843-1456

## 健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 差額申請書

1	①被保険者証	記号 <b>987</b> 番号 <b>654321</b>	②事業所名称 <b>(株)〇〇〇〇</b>
	③氏名	(フリガナ) <b>ケンポ ハナコ</b> 健保 <b>花子</b> (押印不要)	
2	④生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 平・令 <b>〇〇</b> 年 <b>〇</b> 月 <b>〇</b> 日	⑥電話番号 (日中の連絡先) <b>090 (1234) 〇〇〇〇</b>
	⑤住所	<b>〒110-0000 東京都墨田区〇〇</b> <b>1-2-3 □□マンション×××号</b>	
⑦提出委任		<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )	

3	⑧金融機関名称	<b>〇〇〇〇</b> (銀行・金庫・信組 農協・その他( )) <b>△△△△</b> (支店 本店・出張所 その他( ))	⑨預金種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他( )
	⑩口座番号	<b>1234</b> (コード番号) <b>567</b> (コード番号)	⑩口座番号 <b>1234567</b>
3	⑪口座名義 (カタカナで記入)	<b>ケンポ ハナコ</b>	⑫口座名義区分 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者(申請者) <input type="checkbox"/> 代理人
	⑬公金受取口座	<input type="checkbox"/> 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、上記の口座情報の記入は不要です。)	

4	⑭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。 氏名 <b>令和 年 月 日</b>
	⑮代理人 (口座名義人)	住所 氏名 <b>被保険者との関係( )</b>

5	⑯出産した方 (どちらかに✓)	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)
	⑰家族の場合は その方の	氏名 <b>生年月日 昭・平・令 年 月 日 続柄( )</b>
5	⑱出産した 年月日	平・令 <b>〇〇</b> 年 <b>1</b> 月 <b>15</b> 日
	⑲出産した 医療機関等	名称 <b>〇〇産婦人科医院</b> 所在地 <b>東京都△△区〇〇×××</b>
6	⑳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。

添付書類 (次の①から②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

マイナンバー記入欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

**7**  マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

記入もれや誤りが多いところ (特にご注意ください。)

- 1 被保険者証の記号及び番号は、保険証に記載されています。
- 2 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。)
- 3 マイナンバーとともに国に登録している公金受取口座を振込先にする場合は  を付けてください。(被扶養者でない方や受取代理人は、公金受取口座を振込先に指定できません。)  
注: マイナポータル等で口座情報を登録・変更した場合、情報が反映されるまでに数日を要します。
- 4 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。
- 5 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。
- 6 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。
- 7 ①の被保険者証の記号及び番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

注: ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。(二重線には、どなたが訂正したかわかる訂正印(又はサイン)が必要となります。)

添付書類 (次の①から②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。