

被保険者(申請者)情報	被保険者 記号・番号 (右づめ)	記号・番号がわからない場合は個人番号を記入してください。		生年月日	年	月	日
		記号	番号	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>		
	個人番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 平成			
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 令和			
氏名	(フリガナ) -----						
住所	(〒 -) 都道 府県						
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()						

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和	年	月	日
		氏名		住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ			
代理人 (口座名義人)		(〒 -)	住所	-----			
			氏名	-----			

振込先指定口座	在職中の方は原則、受取代理人(お勤めの事業所)への委任払いとするため記入不要。 <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☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。)							
	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他()				<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所		
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1.普通 <input type="checkbox"/> 2.当座	口座番号	<input type="text"/>			左づめでご記入ください。	
	口座名義	<input type="text"/>				カタカナ(被保険者名義の口座に限る) (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。>>>

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	<input type="text"/>
-----------------------	----------------------

受付日付印	<input type="text"/>
-------	----------------------

被保険者氏名

申請内容

1 出産した者 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

生年月日

昭和
 平成
 令和

年 月 日

2 出産した年月日 令和 年 月 日

3 生産または死産の別 1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在

3-① 「生産」の場合出生人数

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

所在地

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。

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「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。
令和 年 月 日
医療施設の所在地
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。
令和 年 月 日
市区町村長名

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。

【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。

出産育児一時金差額申請のご案内

- 出産費用が、出産育児一時金(500,000 円)(※1)(※2)を下回っているため差額があります。
- 同封しております「**出産育児一時金 差額申請書 内払金支払依頼書**」に記載のうえ**事業所経由(※3)で、その差額を申請**してください。
- この案内が届いた場合は、添付書類は省略できます。**申請書のみ事業所経由(※3)でご提出**ください。
- 出産育児一時金の差額(付加金含む)の**お支払は、この申請書が提出されてからとなります**のでご了承下さい。

(※1)産科医療補償制度の対象外の出産の場合は、488,000 円。

(※2)多胎出産の場合は、人数×法定給付(50 万円又は 48.8 万円)

(※3)任意継続被保険者の方は、直接、「**出産育児一時金 差額申請書 内払金支払依頼書**」を当健保組合に申請して下さい。

お問い合わせ先

〒231-0003

神奈川県横浜市中区北仲通 4-44

横浜港運健康保険組合 業務部

電話 045-201-6877