

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	被保険者証	記号	番号
	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) ( )
	事業所名称		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"/> )

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( )
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他( )	口座番号	
			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
		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 <input checked="" type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	出生児の氏名	
	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。	

添付書類

- 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 出産日等を確認できるもの  
母子手帳の写しなど(ただし、上記①の書類にて確認できる場合は添付不要)

受付日付印

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。)

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認を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

# 健康保険等加入状況の申告

関東百貨店 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 当組合加入後6か月以内に出産し、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
被保険者氏名	世帯主の氏名をご記入ください。		
保険証の記号・番号	記号：	番号：	すでに保険証を市区町村に返却しており、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・平・令	年 月 日	
資格喪失年月日	昭・平・令	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。		
保険証の記号・番号	記号：	番号：	すでに保険証を健保組合等に返却しており、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・平・令	年 月 日	
扶養削除年月日	昭・平・令	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。		
保険証の記号・番号	記号：	番号：	すでに保険証を健保組合等に返却しており、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・平・令	年 月 日	
資格喪失年月日	昭・平・令	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 当組合加入後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 \_\_\_\_\_