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

被保険者(申請者)情報

被保険者等記号・番号（左づめ）	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 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日
住所	（〒 － ） 都道府県	
電話番号（日中の連絡先）	TEL （ ）	

☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

振込先指定口座

※退職者のみ記入してください。（任意継続者は記入不要です。）

金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（ ）		本店 支店 出張所 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。〉〉〉

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

特種東海健康保険組合

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

申請者・医師・市区町村長記入用

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。
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

【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。

【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。