

受付年月日	令和 年 月 日	資格取得年月日	昭平会 年 月 日	常務理事	事務長	担当者
同年月日	令和 年 月 日					

- 家族(被扶養者)に関する申請であっても、社員本人(被保険者)の情報をご記入ください。
- 被保険者が亡くなられて申請する場合
- ・被保険者等の記号・番号、生年月日のみ被保険者の情報を記入し、それ以外は申請する方の情報(氏名、住所、電話番号、振込先指定口座)をご記入ください。
 - ・「権利継承届兼誓約書」(別紙様式)を一緒にご提出ください。
- 尚、「権利継承届兼誓約書」は2ページ目の末尾記載の【添付書類】をご覧ください。

健康保険

被保険者
家族

出産育児一時金等

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 (右づめ)	記号 2 5 0	番号 1 2 3 4	生年月日 ☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和	年 月 日 1 2 3
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎			
	住所	(〒 1 2 3 - 4 5 6 7) ○○ 都 道 府 県 ○○市○○町○丁目1-2			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 123 (456) 7890			
☒ 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	□ 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。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。				
	金融機関 名称	宇都宮 銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()		日本橋 本店 支店 出張所 本所 支所	
預金種別	1 1. 普通 2. 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	左づめでご記入ください。	
口座名義	▼カタカナ(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。)			口座名義 の区分	
	ケン ホ ° タ ロ ウ			1 1. 申請者 2. 代理人	

※口座名義の区分が「2. 代理人」の場合のみ、受取代理人の欄をご記入ください。

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 (フリガナ)	TEL ()	委任者と 代理人との 関係

「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

受付日付印

※記入例・必要書類はQRコードから確認できます。⇒



栃木トヨペットグループ健康保険組合

1/2

(R6.12)

被保険者氏名

健保 太郎

・この申請書は、出産を予定している医療機関で「直接払い制度」に同意し、書面にサインした方用の申請書です。

申請内容

1 出産した者

2

1. 被保険者

1 - ①

家族の場合はその方の

氏名

健保

・通常は「直接払い制度」を利用された場合、付加給付(13,000円)のみの支給となりますが、出産費用が少額であったために医療機関からの請求額が出産一時金に満たない場合は、その差額もあわせて支給いたします。

2 出産した年月日

令和

4

年

5

月

2

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

〇〇

病院

所在地

栃木県〇〇市1-2-3

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。

1

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

協会けんぽ〇〇支部

記号・番号

1 2 3 4 5 - 6 7 8 9

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

2

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）

証明
の場合
医師・助産師による

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)

医療施設の所在地

「内払金支払依頼書」として申請する場合は、必ずこの証明欄に「医師・助産師による証明」または「市区町村長による証明」を受けてください。（「差額申請書」の場合は不要）

の町
場合
長に

母の氏名

出生児
氏名出生
年月日

令和

年

月

日

【添付書類】（※原則、原本です）

・「医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書」ならびに「医療機関等から交付される直接支払制度に係る代理契約に関する文書」（医療機関からの出産一時金請求前に申請する場合）コピー可

・「権利継承届兼誓約書」（被保険者が亡くなられて申請する場合）

※こちらのQRコードからご確認ください。⇒



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。