



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 差額申請書記入の手引き

被保険者または被扶養者が出産したときの費用の補助として支給されます。
(医療機関等で出産育児一時金の直接支払制度を利用し、差額の支給が生じる場合)

申請書は2ページです。漏れなく正確にご記入ください。

1 / 2 ページ



2 / 2 ページ



申請書は、家族（被扶養者）の出産育児一時金支給申請であっても、被保険者ご自身をご記入ください。
被保険者が亡くなっている場合は、相続人の方が申請者としてご記入ください。

添付書類をご用意ください。

差額申請書として提出される場合

添付していただく書類はありません。

内払金支払依頼書として提出される場合

医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書のコピー

領収・明細書には医療機関等が支払機関へ提出する「専用請求書の内容と相違ない旨」の記載および「産科医療保障制度の対象分娩であることを証明する所定の印」が押印（該当のみ）されています。

医療機関等との合意文書のコピー

合意文書には、「直接支払制度を利用する旨」、および申請先となる「保険者名」がユニマツ健保と記載されているもの。

申請書に医師・助産師または市区町村長の証明を受けられない場合

次のいずれかの書類を添付してください。

出生が確認できる書類（戸籍謄（抄）本、戸籍記載事項証明書、出生届受理証明書、住民票など）

死産が確認できる書類（死産証書（死胎検案書）など）

証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。
(翻訳文には、翻訳者が署名し住所および電話番号を明記してください。)

ご提出・お問合せ先

次ページに記入例があります。➡



〒107-0062 東京都港区南青山2-19-1 シティヤマザキビル2F
TEL 03-5411-2010 FAX 03-5411-2079

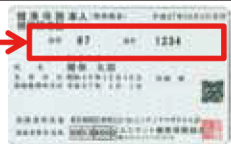
ユニマツ健保

検索

R5.07

記入漏れや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

1 記号・番号は被保険者証に記載されています。



2 被保険者が亡くなられて、相続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・振込口座も同様です。）
※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。

3 ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号（記号・番号（13桁））ではなく、振込専用の店名（漢数字3文字）・預金種目・口座番号をご記入ください。



4 被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。マイナンバーを記載した場合は、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。本人確認をするための添付書類は通知カードのコピーや、個人番号が記載された住民票の写し等の添付が必要となります。

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		1 2	
申請者・医師・市区町村長記入用		差額申請書	
被保険者氏名 青山 太郎			
申請内容			
1 出産した方 <input checked="" type="checkbox"/> 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 青山 花子		生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 6 1 1 1 2 4	
2 出産した年月日 平成 2 9 年 0 1 月 0 8 日			
3 出産または死産の別 <input checked="" type="checkbox"/> 1. 出産 2. 死産 3. 出産・死産併存			
3-① 死産の場合は出生人数 <input type="checkbox"/> 1 人		3-② 「死産」の場合は死産回数 <input checked="" type="checkbox"/> 5	
3-③ 「死産」の場合は妊娠経過期間 週 <input type="checkbox"/> 週			
4 出産児の氏名 青山 桜子			
5 出産した医療機関名 名称 〇〇〇病院		所在地 東京都〇〇区×××	
6 出産した方 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 家族に加入者が月以内の出産ですか。		1 <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
6-① 「はい」の場合、【保険者名】と【町名・番号】をご記入ください。		保険者名 〇〇〇健康保険組合	
6-② 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族に加入している保険者について		記号・番号 1 2 3 4 - 5 6 7 8 9	
6-③ 家族 <input type="checkbox"/> 家族を加入者に加入していた保険者について			
6-④ 「いいえ」の場合、【保険者名】より出産育児一時金を		2 <input type="checkbox"/> 受けたい/受けたい予定 <input checked="" type="checkbox"/> 受けたくない	
7 医師・助産師による出生証明(必ず記入してください)			
出生者氏名 青山 花子		出産年月日 平成 2 9 年 0 1 月 0 8 日	
出生児の数 <input type="checkbox"/> 単胎 <input checked="" type="checkbox"/> 多胎() 例)		出産または死産の別 <input type="checkbox"/> 出産 <input checked="" type="checkbox"/> 死産() 例)	
上記のとおり間違いないことを証明する。		医療機関の所在地 東京都〇〇区×××	
平成 2 9 年 1 月 1 3 日		医療機関の名称 〇〇〇病院	
		医師・助産師の氏名 健保 三 郎	
市区町村長による出生証明(必ず記入してください)			
本籍		出生地	
母の氏名		出生年月日 平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	
上記のとおり間違いないことを証明する。		市区町村長氏名	
平成 年 月 日			
【内払金支払依頼書として提出する場合】 医師・助産師による出生証明、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・助産師に届け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「出生回数」が記載されている場合、もしくは死産の場合は「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・助産師による出生証明、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。			
ユニマツ健康保険組合 2/2			

記入漏れや誤りが多いところ(特にご注意ください。)

5 死産の場合は、死産時数とともに妊娠経過週数をご記入ください。

6 多児出産の場合は、すべての出生時の氏名をご記入ください。

7 【内払金依頼書として提出する場合】
医師・助産師による出生証明、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。
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「出生回数」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不要です。

【差額申請書として提出する場合】
医師・助産師による出生証明、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不要です。

次ページに直接支払制度や出産育児一時金の支給要件等について案内があります。➡

直接支払制度とは

直接支払制度は、健保から支給される出産育児一時金を医療機関等における出産費用に充てることができるよう、出産育児一時金を健保から医療機関等に対して直接支払う制度のことです。この制度を利用すると、被保険者が医療機関等へまとめて支払う出産費用の負担が軽減されます。直接支払制度が利用できるかどうかは出産予定の医療機関等にご確認ください。

出産にかかった費用が、出産育児一時金の支給額の範囲内であった場合は、出産後、その差額について当健保へ請求することができます。また、出産にかかった費用が出産育児一時金の支給額を超える場合には、その超えた額は医療機関等へお支払いいただくことになります。

直接支払制度の利用を望まれない方は、当健保へ被保険者ご自身で出産育児一時金を請求することも可能です。(その場合は、出産にかかった費用を医療機関等へ退院までにお支払いいただくことになります。)

内払金支払依頼書と差額申請書

直接支払制度を利用された場合に、出産費用が出産育児一時金の支給を下回り差額が発生する場合は、当健保から被保険者の方へご連絡いたします。連絡を受けられた後に、差額分の受取りを希望される場合は「差額申請書」としてご提出ください。連絡を受ける前に、早期に差額分の受取りを希望される場合は「内払金支払依頼書」としてご提出ください。

出産育児一時金の支給要件等

支給を受ける条件

被保険者または家族(被扶養者)が、妊娠4か月(85日)以上で出産をしたこと。
早産、死産、流産、人工妊娠中絶(経済的理由によるものも含む)も支給対象として含まれます。

支給額

1児 500,000円	多児の場合	人数×500,000円 下記にあたる場合は488,000円
	産科医療保障制度に未加入の医療機関等で出産した場合	488,000円
	妊娠週数:22週未満で出産した場合	

被保険者資格喪失後に出産した場合

被保険者資格を喪失した場合でも、次の・とともに該当した場合は支給を受けることができます。
資格喪失日の前日(退職日)までに被保険者資格が継続して1年以上(任意継続被保険者期間は除く)あること。
資格喪失後6か月以内に出産したこと。

同じ出産に対して出産育児一時金の支給は1回のみです。

資格喪失後6か月以内の出産に対しても支給されるため、支給を受けることができる保険者が複数ある場合もありますが、重複して支給を受けることはできません。