

受付年月日	年	月	日
受付年月日	年	月	日
伺年月日	年	月	日
支給額	円		
支給内訳	出産育児一時金	円	
	出産育児付加金	円	
標準報酬月額	千円(等級)		

支給支払決議書				
常務理事	事務長	主任	担当	担当
資格取得			年 月 日	
資格喪失			年 月 日	
支払年月日			年 月 日	

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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	住所	(〒 - )	都 道 府 県		
	電話番号(日中の連絡先)	TEL ( )			
<input type="checkbox"/> 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」は、資格を喪失した方のみ、記入してください。法政大学の方は、事業主に登録されている口座、それ以外の加入者の方は、当健保に登録されている口座に振込いたします。受取代理人を指定する方は、「受取代理人の欄」にご記載ください。

振込先指定口座	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 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知	口座番号 <input type="text"/>
	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。) <input type="text"/>	口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

「2」の場合は必ずご記入ください。

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
	代理人(口座名義人)	住所 (〒 - ) TEL ( ) (フリガナ) 氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	委任者と代理人との関係		

受付日付印

「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

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

被保険者氏名

申請内容
1 出産した者
1-1 家族の場合はその方の氏名 生年月日
2 出産した年月日
3 生産または死産の別
3-1 「生産」の場合出生人数
3-2 「死産」の場合死産児数
3-2-(1) 「死産」の場合妊娠経過期間
4 出産した医療機関等
5 出産した方
5-1 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。
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

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
市町村長による証明の場合(生産のみ)

【添付書類】 病院、診療所、助産所等が発行する領収明細書の写し。

【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。

【差額申請書として提出する場合＝直接支払制度を使った場合】

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。