

伺	記入例 ●直接支払制度を利用して出産した場合 ⇒「出産一時金内払金支払依頼書」にて付加給付金を請求する		
支			
直接支払制			
代理	内払金	法定	
受取額	円	支払額	付加
出産育児一時金・付加金			
支給	直接支払制度を利用した場合		
内訳			

直接支払制度を利用した場合、出産費用が60万円だったとき
出産育児一時金(※)50万円との差額分10万円を
病院に支払うことになります

※ 出産育児一時金(産科医療保障制度対象の分娩は50万円、
産科医療保障制度対象外の分娩は48万8千円となります)

健康保険 被保険者 □ 出産育児一時金内払金
家族 □ 出産育児一時金・付加金請求書(出産費全額自己負担)

年 月 日 提出

被保険者が記入するところ	① 直接支払制度利用の有無	☒ 利用した(差額負担あり・自己負担なし) ☐ 利用していない		② 事業所名(会社名)	一般社団法人 共同通信社		③ 所属・部署名	〇〇〇部	
	④ 被保険者の記号・番号	記号	2 1 4 8	番号	1 2 3 4 5 6 7	⑤ 被保険者(請求者)の氏名	(フリガナ) 〇〇〇 ハナコ 〇〇 花子		
	⑥ 被保険者の現住所	〒105-7201 東京都港区東新橋1-7-1					⑦ 日中連絡のとれる電話番号 000-0000-0000		
	⑧ 被扶養者(家族)が 出産した場合	被扶養者(家族)の氏名		続柄		被扶養者(家族)の生年月日 年 月 日			
	⑨ 出産した年月日等	令和 年 月 日		生産児数	1 人	死産児数	0 人	死産の場合はその旨と妊娠経過期間 (妊娠 カ月・ 週)	
	⑩ 被保険者と出生児の 続柄	出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか		ある	☒ 配偶者の扶養 ☐ () ☐ ()				
	⑪ 出産した医療機関等	名称	〇△レディースクリニック		⑫ 支払 金融機関	銀行 支店 (普通・当座)No.() (口座名義・カタカナ)()			
	⑬ 被保険者(本人)が 出産した場合	今回の申請は、退職等により共同健保の被保険者資格喪失後、6ヵ月以内に出生したことによる申請ですか。	☐ はい→→ ☒ いいえ	資格喪失後に加入の健康保険の名称等	現在加入の健康保険の名称	記号	番号	(本人・家族)	
	⑭ 被扶養者(家族)が 出産した場合	今回の申請は、家族が共同健保の扶養対象と認められてから6ヵ月以内に出生したことによる申請ですか。(扶養認定日は被保険者証に掲載)	☐ はい→→ ☐ いいえ	共同健保の被扶養者認定前の健康保険の名称等	加入していた健康保険の名称	記号	番号	(本人・家族)	
	所在地		〒000-000 市吉野区西〇〇町 〇-〇-〇		給与口座を記入してください				

※直接支払制度を利用していない場合は、下記の証明が必要です。(※死産の場合は、医師・助産師の証明が必要。)

⑮ 医師・助産師又は市区町村長が証明する欄	医師又は助産師の証明	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)	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠第 カ月・ 週)
	市区町村長の証明	直接支払制度を利用した場合(⑮の証明は不要です) 医療機関が出生の事実を証して「専用請求書」により健保へ申請する枠組みであることから 出生証明、住民票等の添付は不要です。 ※死産の場合は、医師・助産師の証明をもらってください。 ◎添付書類 医療機関から交付された ①合意文書の写し ②出産費用の領収・明細書の写しを添付してください。			

【添付書類】

- 『合意文書』の写し(医療機関等から交付される直接支払制度活用に関する文書)
- 『出産費用の領収・明細書』の写し、または『出産費用明細書』の写し
直接支払制度を利用の場合は「専用請求書と相違ない旨」の記載、
利用していない場合は「直接支払制度を用いていない旨」の記載、
及び「産科医療補償制度の加算対象出産であることを証するスタンプ」の押印(該当する場合のみ)
がなされています。
- 『出生が確認できる書類』医師・助産師又は市区町村長の証明を受けられない場合は(出生届出受理証明書、
母子健康手帳(出生届出済証明)のコピー、戸籍謄(抄)本の原本、住民票の原本のいずれか)

受付日付印

何	記入例 ●直接支払制度を利用せずに出産した場合(全額自己負担) ⇒「出育一時金(付加金)請求書」にて出産育児一時金・付加金を請求する			
直接支払				
代理 受取額	円	内払金 支払額	法定 付加	
出産育児一時金・付加金				
支給 内訳	直接支払制度を利用しなかった場合			

海外で出産をした場合は出産後に
健保へ出産育児一時金を請求して下さい

※海外出産の場合は、産科医療保障制度対象外分のため
出産育児一時金の支給金額は48万8千円です

健康保険 被保険者 □ 出産育児一時金内払金
家族 □ 出産育児一時金・付加金請求書 (出産費全額自己負担)

年 月 日提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 直接支払制度利用の有無	直接支払制度を □利用した (差額負担あり・自己負担なし) ■利用していない		② 事業所名(会社名)	一般社団法人 共同通信社	③ 所 属 ・ 部 署 名	〇〇〇部	
	④ 被 保 険 者 の 記 号 ・ 番 号	記 号	2 1 4 8	番 号	1 2 3 4 5 6 7	⑤ (請求者)の氏名	(フリガナ) キョウドウ タロウ 共同 太郎	
	⑥ 被保険者の現住所	〒105 - 7201 東京都港区東新橋1-7-1					⑦ 日中連絡のとれる電話番号	000-0000-0000
	⑧ 被扶養者(家族)が出産した場合	被扶養者(家族)の氏名		続柄	被扶養者(家族)の生年月日			
	⑨ 出産した年月日等	令和 年 月 日		生産児数	出生児が複数の場合は全て記入してください			
	⑩ 被保険者と出生児の続柄			出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある □ 配偶者の扶養 □ ()	被扶養者でないときはその理由		
	⑪ 出産した医療機関等	名 称	〇△〇レディースクリニック		⑫ 支払金融機関	銀行 支店 (普通・当座)No.() (口座名義) ()		
	⑬ 被保険者(本人)が出産した場合	今回の申請は、退職等により共同健保の被保険者資格喪失後、6か月以内に出生したことによる申請ですか。		□ □	被扶養者(妻・娘)認定後、6か月以内に出生した方は 重複請求を避けるため、必ず記入してください			
	⑭ 被扶養者(家族)が出産した場合	今回の申請は、家族が共同健保の扶養対象と認められてから6か月以内に出生したことによる申請ですか。(扶養認定日は被保険者証に掲載)		■はい→ □いいえ	共同健保の被扶養者認定前の健康保険の名称等	加入していた健康保険の名称 〇△〇健康保険組合、共済組合等		
		記 号	〇〇〇	番 号	1213456			
	被保険者氏名		健康 花子 (本人)家族					

※直接支払制度を利用していない場合は、下記の証明が必要です。(※死産の場合は、医師・助産師の証明が必要。)

⑮ 医師・助産師又は市区町村長が証明する欄	医師又は助産師の証明	出産者氏名		出産年月日	令和 年 月 日
	市区町村長の証明	出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 (児)	生産又は死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠第 月・ 週)

直接支払制度を利用しなかった場合(医療機関に出産費用を全額支払った)
⑮医師・助産師または市区町村長の出生証明を直接もらってください。
※⑮の出生証明が受けられないときは、母子健康手帳(出生届出済証明)の写し等を添付してください。

※死産の場合は、医師・助産師の証明をもらってください。

◎添付書類
医療機関から交付された
①合意文書の写し ②出産費用の領収・明細書の写しを添付してください。

【添付書類】

- 『合意文書』の写し (医療機関等から交付される直接支払制度活用に関する文書)
- 『出産費用の領収・明細書』の写し、または『出産費用明細書』の写し
直接支払制度を利用の場合は「専用請求書と相違ない旨」の記載、
利用していない場合は「直接支払制度を用いていない旨」の記載、
及び「産科医療補償制度の加算対象出産であることを証するスタンプ」の押印(該当する場合のみ)
がなされています。
- 『出生が確認できる書類』 医師・助産師又は市区町村長の証明を受けられない場合は(出生届出受理証明書、
母子健康手帳(出生届出済証明)のコピー、戸籍謄(抄)本の原本、住民票の原本のいずれか)

受付日付印