

記入例

出産育児一時金 請求書 兼 内払金支払依頼書 兼 差額申請書

①

請求日: 2022年 1月 1日

②

③

被保険者記入欄	健康保険 記号・番号	記号 1	番号 XXXXX	フリガナ 被保険者 氏名(自署) ケンポ タロウ 健保 太郎
	現住所 連絡先	(〒 170 - XXXX) 住所: 東京都 豊島区 東池袋 X-X-X		
		日中連絡可能な電話番号: 080 (XXXX) XXXX		
	振込希望 金融機関	銀行名 健保	銀行 信用金庫	支店名 XXX 支店
		口座番号 1234567	口座名義 被保険者名義	
	出産年月日	⑦ 2021年 11月 11日 (死産の場合: □)		出産費用 ⑧ 400,000 円
	⑨ 出産した医療機関と当健保組合における、直接支払制度利用の同意の有無(①・②いずれかに☑をつけてください) <input checked="" type="checkbox"/> ①直接支払制度に同意する <input type="checkbox"/> ②直接支払制度に同意しない			
	出産した 場所	医療施設等の名称 XX 病院		
		医療施設等の所在地 (〒 170 - XXXX) 東京都豊島区東池袋 X-X-X		
	出産者が 被扶養者 の場合	被扶養者 氏名 ⑪ 健保 花子	被扶養者 生年月日 ⑫ <input type="checkbox"/> S・ <input checked="" type="checkbox"/> H 1年 1月 1日生	

13 直接支払制度を利用しない場合、もしくは直接支払制度を利用する内払金支払(当健保組合から差額申請の案内を受ける前に申請すること)の場合は、「医師または助産師が証明する欄」の記入は必須です

医師または助産師が証明する欄	出産年月日	2021年 11月 11日	生産・死産の別	(生産) 死産[妊娠:()月・()週]
	出生児の数	(単胎)・多胎()児	[注]死産の場合は、妊娠何カ月の死産であるかをカッコ内に記入	
	産科医療補償制度対象分娩の有無(Ⅰ・Ⅱいずれかに☑をつけてください)			
	<input checked="" type="checkbox"/> Ⅰ.産科医療補償制度の対象である <input type="checkbox"/> Ⅱ.産科医療補償制度の対象外である			
	今回の出産における医療機関での直接支払制度利用の有無 (Ⅲ・Ⅳいずれかに☑をつけてください)			
	<input checked="" type="checkbox"/> Ⅲ. 直接支払制度利用する(直接支払制度請求額: 400,000 円) <input type="checkbox"/> Ⅳ.直接支払制度利用しない			
	2021年 11月 13日			
	医療施設等の名称: XX 病院 所在地:(〒 170 - XXXX) 東京都 豊島区 東池袋 X-X-X 医師・助産師氏名: 健康 太郎 電話番号: 03 (XXXX) XXXX			

- ・時効…出産した日の翌日から2年(健康保険法 第193条)
- ・健康保険の記号・番号の代わりにマイナンバー(個人番号)で申請する場合は、番号欄にマイナンバー(個人番号)を記載してください

【提出先】以下の提出先もしくは当健保組合

GIB・大槻事務所
PGF・CLIS・協栄年金ホーム・PGI・三栄収納サービス
・PGビジネスサービス・GIB労働組合:各事業主の健康保険担当

※各事業主の健康保険担当一覧は右記QRコードからご確認ください
※特例退職被保険者・任意継続被保険者は当健保組合へ直接郵送して下さい。



受付日付印

次のような場合に、この申請書をご使用ください

被保険者または被扶養者が出産した際*に、出産育児一時金を受給する場合に申請します

なお、直接支払制度を利用し、出産費用が1児につき50万円を超える場合、当申請は不要です

(2023年3月末までの出産は42万円)

*妊娠4ヵ月(85日)以上の出産(生産死産にかかわらず)が対象

【記入要領(記入例の番号と照合してください)】

①請求日

請求日をご記入ください

②健康保険記号・番号(法規則第86条)

申請者の健康保険証または資格確認書、資格情報のお知らせ等に記載されている記号・番号をご記入ください

③被保険者氏名(自署)

被保険者の氏名を自署でご記入ください

④現住所

被保険者の現住所をご記入ください

⑤日中連絡可能な電話番号

日中連絡可能な被保険者の電話番号をご記入ください

⑥振込希望金融機関

被保険者名義の振込希望の金融機関情報をご記入ください

⑦出産年月日(法規則第86条)

出産年月日をご記入ください

※死産の場合は、「死産の場合:□」に☑を付けてください

⑧出産費用

領収・明細書を参照し、出産にかかった費用をご記入ください

※直接支払制度を利用し、出産費用が1児につき50万円を超える場合、当申請は不要です

(2023年3月末までの出産は42万円)

⑨直接支払制度利用の同意の有無

出産した医療機関において、当健保組合と直接支払制度利用の同意の有無について☑をつけてください

⑩出産した場所

出産した医療施設等の名称及び所在地をご記入ください

⑪被扶養者氏名(法規則第97条)

出産者が被扶養者の場合は、出産した被扶養者の氏名をご記入ください

⑫被扶養者生年月日(法規則第97条)

出産者が被扶養者の場合は、出産した被扶養者の生年月日をご記入ください

⑬医師または助産師が証明する欄

直接支払制度を利用し、当健保組合から差額申請の案内が届いてから申請する場合は記入不要です

※直接支払制度を利用しない場合、もしくは直接支払制度を利用し、内払金支払(当健保組合から差額申請の案内を受ける前に申請すること)を申請する場合は記入必須です

【提出期限】

出産した日の翌日から2年以内に申請してください。

時効…出産した日の翌日から2年(健康保険法 第193条)

【必要書類】

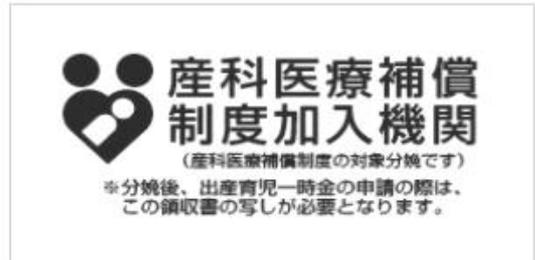
以下の申請方法によって、必要書類のご提出をお願いいたします

申請方法	必要書類
直接支払制度を利用した差額請求 (当健保組合から差額申請の案内を受けた後に申請すること)	①「 <u>出産育児一時金請求書 兼 内払金支払依頼書 兼 差額申請書(健-16)</u> 」 ※医師又は助産師が証明する欄の記入不要 ②病院と交わす直接支払制度の「 <u>合意文書(原本)</u> 」 ※当健保組合名の明記必須 ③出産費用が分かる「 <u>領収・明細書(写)</u> 」

申請方法	必要書類
直接支払制度を利用した内払請求 (当健保組合から差額申請の案内を受ける前に申請すること)	①「 <u>出産育児一時金請求書 兼 内払金支払依頼書 兼 差額申請書(健-16)</u> 」 ※医師又は助産師が証明する欄の記入必須 ②病院と交わす直接支払制度の「 <u>合意文書(原本)</u> 」 ※当健保組合名の明記必須 ③出産費用が分かる「 <u>領収・明細書(写)</u> 」 ※当健保組合の資格取得後6か月以内に出産した場合は「 <u>出産告知書・同意書(健-18)</u> 」の提出も必要 ※当健保組合の資格喪失後6か月以内に出産した場合は「 <u>資格喪失後の出産に関わる告知書・同意書(健-19)</u> 」の提出も必要

申請方法	必要書類
直接支払制度 不利用	①「 <u>出産育児一時金請求書 兼 内払金支払依頼書 兼 差額申請書(健-16)</u> 」 ※医師又は助産師が証明する欄の記入必須 ②病院と交わす直接支払制度の「 <u>合意文書(原本)</u> 」 ※当健保組合名の明記必須 ※直接支払制度を利用しないことの明記必須 ③出産費用が分かる「 <u>領収・明細書(写)</u> 」 ※当健保組合の資格取得後6か月以内に出産した場合は「 <u>出産告知書・同意書(健-18)</u> 」の提出も必要 ※当健保組合の資格喪失後6か月以内に出産した場合は「 <u>資格喪失後の出産に関わる告知書・同意書(健-19)</u> 」の提出も必要

※産科医療補償制度対象分娩の場合、右のスタンプまたは「産科医療補償制度の対象分娩です」という文言が記載された書類が必要になります。
 上記の「必要書類」にいずれの記載もない場合は、スタンプまたは文言が記載された領収書等(写)もあわせてご提出ください。



【提出先】以下の提出先もしくは当健保組合

※特例退職被保険者・任意継続被保険者は当健保組合へ直接郵送して下さい。

各事業主の健康保険担当			
事業主名		担当部署	
ジブラルタ生命保険株式会社		社会保険労務士法人 大槻経営労務管理事務所 以下イントラを確認いただき、専用の送付状貼付のうえ提出します。 格納場所: Gibraltar Web Portal > 給与厚生サービス > 社会保険サブメニュー	
事業主名	担当部署	事業主名	担当部署
ブルデンシャルジブラルタファイナンシャル生命保険株式会社	人事チーム	株式会社協栄年金ホーム	総務部
株式会社CLIS	人事総務部	株式会社三栄収納サービス	総務部
株式会社PGI	総務部門	ジブラルタ生命労働組合	総務担当
PGビジネスサービス株式会社	総務部	ジブラルタ健康保険組合	総務担当