出産育児一時金との差額分を請求するとき

被保険者が出産したときは「 出産育児一時金 」として、また被扶養者が出産したときは「 家族出産育児一時金 」として１児ごとに支給されます。直接支払制度を利用した場合には50万円（48.8万円）を上限に健康保険組合から医療機関等へ支払われますが、出産費が出産育児一時金の額を下回る場合には実費が健康保険組合から医療機関等へ支払われ、差額は請求により被保険者へ支給します。

※　妊娠４ヶ月以上（８５日以上・１２週を経過したもの）の分娩であれば、生産だけに限らず、死産・流産・早産・人工妊娠中絶の場合でも給付の対象となります。

◆手続方法

【　出産育児一時金請求書【差額分申請用】　】に医療機関等が発行した出産費用の領収・明細書の写しを添付し勤務先の健康保険業務担当窓口へ提出してください。

◆支給方法

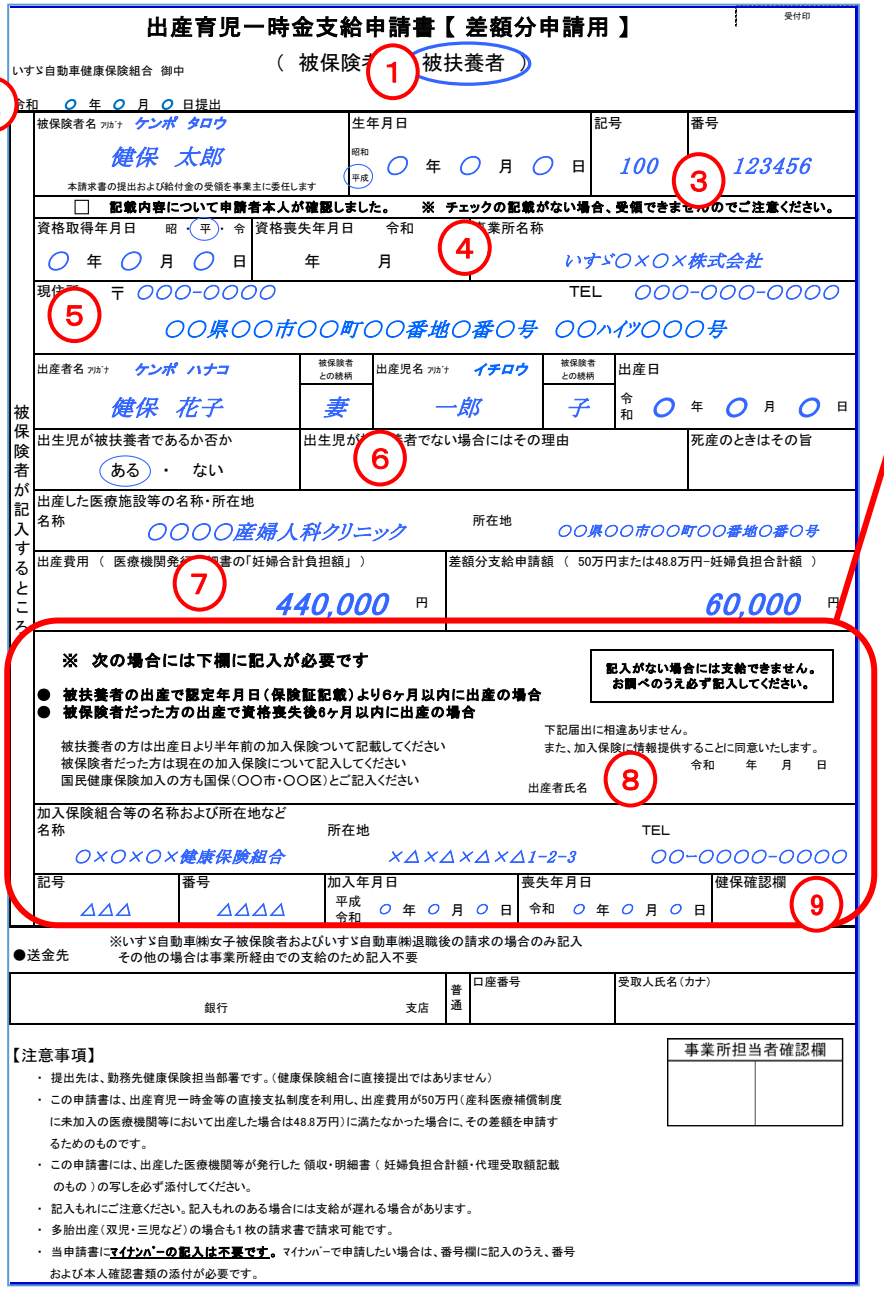
勤務先担当経由で、毎月10日までにいすゞ自動車健康保険組合に到着した申請書について当月の23日に事業主あて振込みます。その後、事業主から申請者へ支給されます。（　支給日は事業所によって異なりますので詳しくは勤務先健康保険担当部署へお尋ねください。　任意継続被保険者・喪失者へは当月23日に請求者あて支給します。　）

◆支給金額

１児につき、５０万円（産科医療補償制度加算対象出産でない場合は４８．８万円）との差額分を支給

◆記入例

記入もれのないようにご注意ください。



出産育児一時金支給申請書【 差額分申請用 】

受付印

いすゞ自動車健康保険組合　御中

（ 被保険者 ① 被扶養者 ）

② 令和　〇 年 〇 月 〇 日提出

被保険者名 ﾌﾘｶﾞﾅ	生年月日	記号	番号
ケンポ タロウ 健保　太郎 本請求書の提出および給付金の受領を事業主に委任します	昭和 平成 〇 年 〇 月 〇 日	100	③ 123456

☐ 記載内容について申請者本人が確認しました。　※ チェックの記載がない場合、受領できませんのでご注意ください。

資格取得年月日	資格喪失年月日	事業所名称
昭・平・令 〇 年 〇 月 〇 日	令和 年 月	④ いすゞ〇×〇×株式会社

現住所 ⑤ 〒 〇〇〇-〇〇〇〇　TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地〇番〇号　〇〇ﾊｲﾂ〇〇〇号

出産者名 ﾌﾘｶﾞﾅ	被保険者との続柄	出産児名 ﾌﾘｶﾞﾅ	被保険者との続柄	出産日
ケンポ ハナコ 健保　花子	妻	イチロウ 一郎	子	令和 〇 年 〇 月 〇 日

出生児が被扶養者であるか否か	出生児が被扶養者でない場合にはその理由	死産のときはその旨
ある ・ ない	⑥	

出産した医療施設等の名称・所在地
名称　〇〇〇〇産婦人科クリニック　所在地　〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地〇番〇号

出産費用（ 医療機関発行の明細書の「妊婦合計負担額」 ）	差額分支給申請額（ 50万円または48.8万円-妊婦負担合計額 ）
⑦ 440,000 円	60,000 円

※ 次の場合には下欄に記入が必要です

● 被扶養者の出産で認定年月日（保険証記載）より6ヶ月以内に出産の場合
● 被保険者だった方の出産で資格喪失後6ヶ月以内に出産の場合

記入がない場合には支給できません。お調べのうえ必ず記入してください。

被扶養者の方は出産日より半年前の加入保険ついて記載してください
被保険者だった方は現在の加入保険について記入してください
国民健康保険加入の方も国保（〇〇市・〇〇区）とご記入ください

下記届出に相違ありません。
また、加入保険に情報提供することに同意いたします。
令和　年　月　日
出産者氏名 ⑧

加入保険組合等の名称および所在地など
名称　〇×〇×〇×健康保険組合　所在地　×△×△×△×△1-2-3　TEL　〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

記号	番号	加入年月日	喪失年月日	健保確認欄
△△△	△△△△	平成 令和 〇 年 〇 月 〇 日	令和 〇 年 〇 月 〇 日	⑨

被保険者が記入するところ

●送金先　※いすゞ自動車㈱女子被保険者およびいすゞ自動車㈱退職後の請求の場合のみ記入
その他の場合は事業所経由での支給のため記入不要

銀行	支店	普通	口座番号	受取人氏名（カナ）

【注意事項】
・ 提出先は、勤務先健康保険担当部署です。（健康保険組合に直接提出ではありません）
・ この申請書は、出産育児一時金等の直接支払制度を利用し、出産費用が50万円（産科医療補償制度に未加入の医療機関等において出産した場合は48.8万円）に満たなかった場合に、その差額を申請するためのものです。
・ この申請書には、出産した医療機関等が発行した 領収・明細書（ 妊婦負担合計額・代理受取額記載のもの ）の写しを必ず添付してください。
・ 記入もれにご注意ください。記入もれのある場合には支給が遅れる場合があります。
・ 多胎出産（双児・三児など）の場合も1枚の請求書で請求可能です。
・ 当申請書にマイナンバーの記入は不要です。マイナンバーで申請したい場合は、番号欄に記入のうえ、番号および本人確認書類の添付が必要です。

事業所担当者確認欄

① 該当するほうに〇印を記入
② 提出する日を記入
③ 保険証に記載の番号を記入
④ 会社名を記入
⑤ 部屋番号まで正確に記入
⑥ 女子被保険者の出産で出産児が被扶養者ではない場合に記入
（　夫が扶養　と記入　）
⑦ 領収・明細書の妊婦合計負担額

● 退職後（本人）・認定後（家族）６ヶ月以内の出産の場合記入してください。

《 被扶養者出産の場合 》

いすゞ健保に被扶養者として認定されてから、６ヶ月以内の出産の場合には、以前加入していた健康保険等に請求できる場合もありますので、確認後支給します。

《 女子被保険者が資格喪失後出産した場合 》

資格を喪失する日の前日までに１年以上の被保険者期間があり、喪失後６ヶ月以内に出産した場合は、退職後であっても請求できます。ただし、すでに夫の健康保険等に被扶養者として認定されている場合には、夫の健康保険等に家族として申請できる場合もありますので、確認後支給します。

⑧ 重複支給を避けるため、加入保険へ確認後支給します。
出産者が記入してください。
⑨ いすゞ健保使用欄です。
空欄のまま提出してください。

◆問い合せ先

いすゞ自動車健康保険組合

〒252-0806
神奈川県藤沢市土棚8番地
0466－42－0711（内線 8791-31）
業務課　医療給付担当