



船員保険 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

—
(内・差)

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)欄	①	記号・番号 (左づめ)												
	②	被保険者の氏名 (申請者)	(フリガナ)											
	③	生年月日	[昭和] [平成] [令和]	年	月	日								
	④	住所	郵便番号	—	電話番号 (日中の連絡先)	()								

⑤ 振込希望口座	金融機関名称	[銀行] [信金] [労金] [信漁連] [農協] [漁協] [その他] ()	[本店(本所)] [出張所] [代理店] [支店(支所)]
	預金種別	[普通] [当座] [その他] ()	ゆうちょ銀行の場合は漢数字3文字です。 カタカナでご記入ください。
	口座番号	口座名義	

②の名義以外の口座に振込を希望される場合のみご記入ください。

⑥ 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	
		氏名	住所 「被保険者欄④」の住所と同じ
	代理人(口座名義人)	氏名 (フリガナ)	被保険者との関係
	住所	(郵便番号 —)	電話番号 (日中の連絡先) ()

被保険者の記号番号を記入した場合は
記入不要です。記入した場合は必ず
本人確認書類を添付してください。

被保険者のマイナンバー記入欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

R6.12

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

ご提出先

〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階
全国健康保険協会 船員保険部



船員保険 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(申請者)・医師・市区町村長記入用

申請内容	⑦	出産した者 ※被保険者の場合⑦の記入は不要です。	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	⑧	出産した年月日	令和	年	月	日
	⑨	出産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 生産・死産混在	「生産」の場合 出生児数 人	「死産」の場合 死産児数 人	「死産」の場合 妊娠からの週数及び日数 満 週 (日)
	⑩	出産した医療機関等	名称	所在地		
	⑪	被保険者が出産の場合 退職後6か月以内の出産ですか。 または 家族(被扶養者)が出産の場合 船員保険に加入後6か月以内の 出産ですか。	<input type="checkbox"/> はい → 「はい」の場合は 「保険者名」と 「記号・番号」を ご記入ください。 <input type="checkbox"/> いいえ	保険者名 記号・番号	同一の出産について、 左記の保険者より 出産育児一時金を 受けましたか。 <input type="checkbox"/> 受けた/受ける予定 <input type="checkbox"/> 受けない	

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	出産者氏名 出生児の数 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(児)	出産年月日 令和 年 月 日 生産または死産の別 <input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → 満 週(日)
	上記のとおり相違ないことを証明します。		令和 年 月 日
	医療機関の所在地		
	医療機関の名称		
市区町村長による証明の場合(生産のみ)	本籍		筆頭者氏名
	母の氏名		出生年月日 令和 年 月 日
	出生児氏名		出生児数 人
	上記のとおり相違ないことを証明します。		令和 年 月 日
市区町村長名		印	