



## 出産育児一時金(窓口全額負担/直接支払制度利用無し) 申請利用者画面

- 必要書類について、必ずリクルート健康保険組合のホームページをご確認いただき、書類を全て揃えた上でご申請ください。
- MYHEALTHWEBは申請内容の誤り等で却下となった場合、再度すべての項目の入力、添付書類のアップロードが必要となります。
- 資格喪失後はMYHEALTHWEBでの申請はできません。書面にて申請ください。
- リクルート健康保険組合で任意継続等記号番号の変更があった場合、以前の記号番号の期間の申請はMYHEALTHWEBでは受付できません。書面にて申請ください。



# 【利用者画面】出産育児一時金（直接支払制度利用）支給申請

申請TOP画面

※実際の画面とは異なる場合があります。

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 出産育児一時金支給申請（直接支払制度利用・差額請求分）

## 出産育児一時金支給申請（直接支払制度利用・差額請求分）

申請者	被保険者の申請となります。被扶養者が出産した場合も被
申請方法	<p>このサイトの申請画面に必要項目を入力し、申請してください。申請には下記の書類の画像データのアップロードが必要になります。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関等から交付される合意文書（直接支払制度にかかる代理契約を医療機関等と締結している、もしくはしていない旨及び申請先となる当組合名が記載されているもの）</li> <li>・出産（分娩）費用明細書</li> </ul> <p>（医療機関等が当組合に請求する専用請求書の内容と相違ない旨が記載されている、もしくは、直接支払制度にかかる代理契約を医療機関等と締結していない旨が記載されているもの、および参加医療補償制度加入機関で出産した場合は、「参加医療補償制度の対象分娩です」の文言が印字やスタンプ等により明記されたもの）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・死産だった場合は出産育児一時金申請書（医師等証明書）</li> </ul> <p>※事前に下記のPDFを印刷し、医師・助産師に記入と押印をもらってください（市区町村長の証明は不可）</p> <p><a href="#">【出産育児一時金申請書（医師等証明用）】</a></p>
注意事項	<p>直接支払制度を利用する場合、出産費が出額としての申請が必要となります。差額が</p> <p>出産育児一時金を当健康保険組合に申請で</p> <p>ト」で事前に確認ができます。</p> <p><a href="#">こちら</a>（出産育児一時金フローチャート）からご確認ください。</p>


必要添付書類を画像データ（写真・スキャン）にして、申請する端末に保存してから申請を始めてください。

申請前にフローチャートにて申請が必要か確認ください。

申請する

### 届出・申請の履歴

まだ申込した履歴がありません。

 ※PDFファイルをご覧いただくためには、無料のAdobe® Reader®が必要です。お持ちでない場合は、左のアイコンをクリックしてダウンロードしてください。

届出・申請TOPへ

# 【利用者画面】出産育児一時金（直接支払制度利用）支給申請

## この申請について

※実際の画面とは異なる場合があります。

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 出産育児一時金支給申請

### 出産育児一時金支給申請

#### この申請について

下記の項目をご確認いただき、全てチェックをつけて次へ進むを押してください。

<input type="checkbox"/> フローチャートを確認し、申請対象であることを確認した。	<b>本項目を全て確認、了承（✓）したうえで、次へ進んでください。</b>
<input type="checkbox"/> 前画面のPDF「医師または助産師もしくは市区町村長による証明書」を取得し、画像データのアップロードが可能です。	
<input type="checkbox"/> 医療機関等から交付される合意文書、出産（分娩）費用明細書を医療機関等から取得し、画像データのアップロードが可能です。	

## 申請者情報

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 出産育児一時金支給申請

### 出産育児一時金支給申請

#### 申請者情報

申請者の情報を入力してください。

申請者	テスト 太郎	
連絡先：電話番号	<input checked="" type="radio"/> 登録済の電話番号を使用する	09012345678
	<input type="radio"/> 新規に登録する	
連絡先：メールアドレス	※メールアドレスの変更は、各種設定から行ってください。 test@test	

## 出産者情報

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 出産育児一時金支給申請

### 出産育児一時金支給申請

#### 出産者情報

出産者の情報を入力してください。

**今回の申請対象となる出産者の方を選択してください。**

出産者	<input checked="" type="radio"/>	出産した方を選択してください。	
		<input checked="" type="radio"/> テスト 太郎	<input type="radio"/> テスト 花子

# 【利用者画面】出産育児一時金（直接支払制度利用）支給申請

## 申請内容入力

※実際の画面とは異なる場合があります。

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 出産育児一時金支給申請（窓口全額支払い分）

### 出産育児一時金支給申請（窓口全額支払い分）

#### 申請内容

申請内容を入力してください。

出産年月日	<b>必須</b>	2026/04/01 <input type="text"/>
出生児の数	<b>必須</b>	出産数 <input type="text" value="1"/> 人 死産数 <input type="text" value="0"/> 人 妊娠 <input type="text" value="0"/> 週 <input type="text" value="0"/> 日
出生児氏名		健保 花子 <small>※最大50文字まで入力可能です。 ※生産の方は必ずご入力ください。</small>
直接支払制度を利用していますか。	<b>必須</b>	<input type="radio"/> はい（出産育児一時金） <input checked="" type="radio"/> いいえ
産科医療補償制度の対象ですか。	<b>必須</b>	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
住所	<b>必須</b>	郵便番号 <b>必須</b> <small>※ハイフンなしの半角数字（7桁）</small> <input type="text"/> <input type="button" value="検索"/> 都道府県 <b>必須</b> <input type="text"/> 市区町村番地 <b>必須</b> <small>※全角入力</small> <input type="text"/> 建物名・部屋番号など <b>任意</b> <small>※全角入力</small> <small>※マンション名・アパート名は必ず入力してください（※入力しない場合、住所が不明になることがあります）。</small> <input type="text"/>
添付書類	<b>必須</b>	<input type="button" value="ファイルを選択"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師または助産師もしくは助産師事務所から交付された分娩証明書</li> <li>・医療機関等から交付された分娩費用明細書</li> <li>・出産（分娩）費用明細書</li> <li>・海外出産の場合は翻訳済み書類</li> </ul> <small>※アップロード可能な画像ファイル形式は、JPG、PNG、GIFです。 ※1枚あたり10MBまでアップロード可能です。 ※ファイル名称は、半角英数字とハイフン（-）のみで入力してください。 ※ファイル名にスペースは入力できません。 ※画像の文字が読み取れない等不備があつた場合は、再度ご提出いただきます。</small>

必要項目を全て入力し、添付書類をアップロードしてください。

本申請では「いいえ」を選択ください。

分娩費用明細書等を確認いただき選択ください。

画像の文字が読み取れない等の不備がある場合は、受理できませんので、鮮明な画像をアップロードしてください。再度ご提出いただく場合がありますので、原本は保管してください。通信環境が悪いとアップロードができません。通信環境を変えて再度お試しください。

# 【利用者画面】出産育児一時金（直接支払制度利用）支給申請

## 振込口座入力

※実際の画面とは異なる場合があります。

### 振込先口座情報

振込先口座情報を入力してください。

公金受取口座	必須	<input type="radio"/> 公金受取口座を利用する <small>※利用をご希望の場合、マイナポータルにて口座登録が必要です。</small> <input checked="" type="radio"/> 公金受取口座を利用しない
振込先指定口座名義	必須	<input checked="" type="radio"/> 申請者名義の口座に振込 <input type="radio"/> 代理人名義の口座に振込
振込先指定口座	必須	<input type="radio"/> ゆうちょ銀行の口座に振込 <input checked="" type="radio"/> ゆうちょ銀行以外の口座に振込 銀行名称 必須 <input type="button" value="選択する"/> <input type="text"/> 銀行コード <input type="text"/> 支店名称 必須 <input type="radio"/> 支店名を選択して指定する <input type="radio"/> 支店コードから指定する 預金種類 必須 <input checked="" type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 当座 <input type="radio"/> 貯蓄 口座番号 必須 ※半角数字7桁 <input type="text"/> 口座名義 必須 ※半角カタカナ <input type="text"/>

公金受取口座を選択した場合、給付日直前の変更や登録内容に誤りがあった場合は、給付日が遅れることがあります。公金受取口座を選択する場合は、必ずご自身のマイナポータルで口座に間違いがないかご確認ください。

# 【利用者画面】出産育児一時金（直接支払制度利用）支給申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

## 出産育児一時金支給申請（入力内容確認）

### 申請者情報

被保険者等記号-番号	9999991-9999991
申請者	テスト 太郎   性別: 男   続柄: 本人   生年月日: 1980年01月08日
連絡先: 電話番号	<b>必須</b> 09012345678
連絡先: メールアドレス	<b>必須</b> test@test

### 出産者情報

出産者	<b>必須</b> テスト 花子   性別: 女
-----	--------------------------

### 申請内容

出産年月日	<b>必須</b> 2026-04-01
出生児の数	<b>必須</b> 出産数 1 人 死産数 0 人 妊娠 0 週 0 日
出生児氏名	健保 花子 ※生産の方は必ずご入力ください。
直接支払制度を利用していますか。	<b>必須</b> いいえ
産科医療補償制度の対象ですか。	<b>必須</b> はい
住所	<b>必須</b> 郵便番号: 100-6640 都道府県: 東京都 市区町村番地: 千代田区丸の内グラントウキョウサウスタワー 4 0 階 建物名・部屋番号など:
添付書類	<b>必須</b> 

全ての入力内容に誤りが無いか、アップロード画像に誤りが無いか、文字等が鮮明であるか確認ください。

### 振込先口座情報

公金受取口座	<b>必須</b> 公金受取口座を利用する
--------	-----------------------

- [←前へ戻る](#)
[入力内容を確定する](#)
- [この申請TOPへ](#)
[届出・申請TOPへ](#)

# 【利用者画面】出産育児一時金支給（直接支払制度利用）申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

## 療養費支給申請（申請完了）

出産育児一時金支給申請が完了しました。

審査完了後、審査結果については、通知書を郵送にて送付します。内容、金額、振込日など詳細については、通知書をお待ちください。

不備や追加書類等があった場合、メール、電話、郵送にてご連絡をさせていただく場合がございます。添付ファイルの画像が読み取れない等の場合は、再度ご提出いただきますので、添付書類については、保管のほどお願い致します。

[この申請TOPへ](#)

[届出・申請TOPへ](#)

こちらで申請は完了です。

不備や追加書類が必要な場合、健康保険組合よりメール、電話、郵送等で連絡が入りますので、ご確認・ご対応のほどお願いいたします。

審査が完了しましたら、通知書を郵送にて送付いたしますので、詳細はそちらをお待ちください。