健康保険 被保険者 出産育児一時金 家族 出産育児付加金 支給申請書

海外で出産した場合

添付書類

◎記入方法については、裏面の「記入上のご注意」を確認してください。

(1) 医療機関もしくは公的機関から発行された出生証明書の原本とその翻訳文（右記の証明欄に証明を受ける場合は添付書類を省略することができます）

(2) 渡航が確認できる書類（出産時に海外にいたことが確認できる旅券や航空券の写し等）

被保険者が記入するところ

① 記号・番号	記号 番号	② 被保険者（申請者）の氏名・生年月日	※上記の申請書を当組合に申請するため他の保険者へは申請いたしません。 ※他の保険者及び医療機関へ確認されることに同意します。 ③ 昭和・平成　年　月　日
④ 被保険者（申請者）の住所	（〒　-　）		TEL　（　） ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。
⑤ 事業所の名称			TEL　（　）
⑥ 出産した方が被扶養者の場合	氏名	生年月日	昭和 平成　年　月　日
⑦ 出産した年月日	令和　年　月　日	⑧ 生産児数　人 / ⑨ 死産児数　人	⑩ 死産の時はその妊娠経過期間　週
⑪ 出産した医療機関等	名称		
	所在地		

⑫ 出産した方

●被保険者 ⇒ 退職後6ヵ月以内の出産ですか。

●家族 ⇒ 当組合に加入後、6ヵ月以内の出産ですか。

※「はい」の場合、右の欄へ記入してください。

☐ はい → ●被保険者 ⇒現在加入している保険者について ●家族 ⇒当組合加入前に加入していた保険者について

☐ いいえ

保険者名	
記号・番号	
被保険者氏名（世帯主）	

証明欄

※いずれか一方で証明を受けてください

医師・助産師による証明の場合

⑬ 出産した年月日	年　月　日	⑭ 生産または死産の別	生産・死産（妊娠　週　日）
⑮ 出生児の数	単胎・多胎（　児）	⑯ 備考	

⑰ 上記のとおり相違ないことを証明する。

年　月　日

医療機関等の名称・所在地

医師・助産師名　TEL　（　）

市区町村長による証明の場合（生産のみ）

⑱ 本籍		⑲ 筆頭者氏名	
⑳ 出生届出日	令和　年　月　日	㉑ 出生児氏名	㉒ 出生年月日　令和　年　月　日

㉓ 上記のとおり相違ないことを証明する。

令和　年　月　日

市区町村長名　㊞

㉔ 振込希望口座

☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入してください）

注）口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

銀行・信組 金庫・農協	支店 出張所	預金種別	口座番号
〔金融機関コード　〕	〔店番号　〕	☐ 普通 ☐ 当座	

口座名義（カタカナ）

※ローマ字登録の方はローマ字で記入してください。

◎給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望する）場合は、下記の委任状へ記入してください。

㉕ 委任状

私は下記の者に給付金の受領に関する権限を委任します。

※☐にチェックを入れてください。

☐ 事業主の選定した保険給付金受領代理人(㉓の記入は不要です)

☐ その他の受取代理人

被保険者（申請者）住所

氏名

受取代理人情報

代理人住所	（〒　-　）　TEL　（　） ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。
代理人氏名	フリガナ

〔備考〕

記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。

（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

受付日付印

（健康保険組合使用欄）

記入上のご注意

1．①記号・番号は被保険者証、資格情報のお知らせ又は資格確認書に記載されています。

2．記入した内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と**各記入者の氏名（サイン）**を記入してください。

3．添付書類について

（1） 医療機関もしくは公的機関から発行された出生証明書の原本 と 翻訳文（翻訳者の住所、氏名要）

（2） 渡航が確認できる書類（出産時に海外にいたことが確認できる旅券や航空券の写し等）

■申請書証明欄に証明を受ける場合は、(1)の添付書類を省略することができます。

・「生産」の場合は、医師・助産師（⑬～⑰）又は市区町村長による証明（⑱～㉓）のいずれか一方で証明を受けてください。

・「死産」の場合は、医師・助産師（⑬～⑰）による証明を受けてください。（⑭に「妊娠○週○日」の記入が必要です。）

・⑰には医療機関等のスタンプ（公印）と医師もしくは助産師のサインが必要です。

※医療機関等のスタンプ（公印）の押印がない場合、出生証明書など他の証明書を確認させていただく場合があります。

4．㉔、㉕（振込希望口座等）について

■振込先が被保険者（申請者）の口座の場合は㉔のみ記入してください。

※国外への送金は行わないため、国内の金融機関をご指定ください。

※口座名義がカナ表記の場合はカナで、ローマ字表記の場合はローマ字でご記入ください。

■給付金に関する受領を代理人に委任する場合は、㉕の委任状が必要となります。

委任状の「事業主の選定した保険給付金受領代理人」、「その他の受領代理人」 のいずれかにチェック☑を入れ、

[事業主の選定した保険給付金受領代理人口座へ振込を希望する場合]

・被保険者の住所・氏名を記入してください。

・あらかじめお届けいただいている保険給付金受領代理人口座へのお振込みとなるため、㉔の記入は不要です。

[その他の受取代理人へ振込を希望する場合]

・被保険者の住所・氏名を記入してください。

・受取代理人情報の代理人住所・電話番号・代理人氏名を記入してください。

・㉔に受取代理人の口座を記入してください。

健康保険の給付を受ける権利は 2 年間で消滅します。出産育児一時金の時効の起算日については「出産日の翌日」となります。

【送付・問合せ先】

〒169-8516 新宿区百人町 2-27-6

関東 IT ソフトウェア健康保険組合

給付課 TEL03-5925-5303