健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金支給申請書

◎記入方法および添付書類については、「記入上の注意事項」・「添付書類」をご覧ください。

被保険者が記入するところ

① 被保険者等	㋐ 記号		② 被保険者(申請者)の	㋐ 氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)
	㋑ 番号			㋑ 生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日
③ 被保険者(申請者)の現住所	〒　－			TEL(　　)　－ 携帯(　　)　－	
④ 被保険者が勤務する(していた)事業所の名称					
⑤ 出産した年月日	年　月　日	⑥ 出生児数	⑦ 死産児数	⑧ 妊娠経過期間	
		人	人	週	
⑨ 出産した医療機関等の	㋐ 名称		㋑ 所在地		
⑩ 被扶養者が出産したための申請である時はその方の	㋐ 氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	㋑ 生年月日	昭和・平成・令和 年　月　日	
⑪ 1. 資格喪失後、被扶養者となったときは、その被保険者等の 2. 被扶養者が出産予定日の6ヶ月前に被保険者であったときは、その被保険者等の			㋐ 記号・番号		
			㋑ 保険者名	TEL(　　)　－	
⑫ 備考	被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記載は不要です。 (マイナンバーにより申請する場合は、この欄に記載してください。)				

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 生産又は死産の別	生産・死産(妊娠　週)
⑮ 出生児の数	単胎・多胎(　児)	⑯ 出産者氏名	

⑰ 上記のとおり相違ないことを証明する。　年　月　日

〒　－

医療施設の所在地

名称

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 母の氏名		㉑ 出生児氏名	㉒ 出生年月日　年　月　日

㉓ 上記のとおり相違ないことを証明する。　年　月　日

市区町村長名

確認欄	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
□	①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

年　月　日提出

受付日付印

次ページに委任状欄があります。

名古屋薬業健康保険組合　R7.3

健康保険　出産育児一時金支給申請書

<table>
<tr><td rowspan="4">受取代理人の欄</td><td colspan="3">本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。
年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">㉔ 被保険者（申請者）の氏名</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">㉕ 代理人の</td><td>㋐ 事業所名称</td><td></td></tr>
<tr><td>㋑ 氏名</td><td></td></tr>
</table>

社会保険労務士の提出代行者	

R7.3

直接支払制度（医療機関が出産育児一時金を健保組合に請求し、医療機関が出産育児一時金を受け取る制度）を利用した場合は、この申請書での申請はできません。

[記入上の注意事項]・・・被保険者が記入するところ

1. 被保険者等記号・番号（①欄）は、①マイナポータル②資格情報のお知らせ③資格確認書のいずれかでご確認ください。
2. 字句を訂正する場合は誤った字句を二重線で抹消し、そのうえで正しい字句を記入してください。

※ 出産年月日の証明については、医師・助産師又は市区町村長が証明するところ（⑰または㉓欄）はどちらか一方で証明を受けてください。

[記入上の注意事項]・・・医師・助産師又は市区町村長が証明するところ

1. ⑭欄は該当する方を〇で囲み、死産の場合は妊娠何週目か記入してください。
2. ⑮欄は該当する方を〇で囲み、多胎の場合は出生児の数を記入してください。
3. 字句を訂正する場合は誤った字句を二重線で抹消し、そのうえで正しい字句を記入してください。

[添付書類]

1. 医療機関等から交付される「直接支払制度を利用しなかった旨の合意文書」の写し
2. 医療機関等から交付される「領収・明細書」の写し
   （産科医療補償制度対象出産の場合は、「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言の明記が必要）

[海外で出産した場合の添付書類]

1. 出産を担当した海外の医療機関等が発行する書類（出産証明書、領収書等）
2. 1．の日本語訳
3. 海外に渡航した事実が確認できる書類（パスポート、査証（ビザ）等）の写し
4. 海外の医療機関等に対して出産の事実、内容等の照会を行うことの同意書

同意書

Letter of Consent

名古屋薬業健康保険組合　御中

私（海外出産をした者）は、名古屋薬業健康保険組合又は名古屋薬業健康保険組合が委託した事業所が自ら、私が提出した出産一時金の支給申請書類に記載された事実（出産を行った日時、場所、内容等）を確認するため、該当海外出産の介助を行った者（海外の医療機関等）に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

なお、国や地域、医療機関から別途同意書や委任状等を求められた場合、当該書類に必要事項を記載することや、その他の書類が必要となる場合に当該必要書類の提示等に協力することも、併せて同意します。

To: Nagoya Pharmaceutical Industry Health Insurance Society

I, as a person who deliver overseas, authorize Nagoya Pharmaceutical Industry Health Insurance Society and its outsourcing contractor(s) to refer and obtain any and all factual information related to my application document(s) for Childbirth Lump-Sum Allowance including information of delivery date, place, and any treatment records from the delivery assistance (medical organization etc.) in order to verify the fact of the delivery.

Further, I agree to fill out other document(s) if countries, regions or medical organizations require to submit consent letter or authorization letter in their format, and agree to provide help to submit other document(s) if it is necessary along verification process written above.

・出産日＿＿＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

・Delivery date　Year＿＿＿＿Month ＿＿＿＿Day＿＿＿＿

・海外出産をした者

（氏名（自署））＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（住所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（生年月日）＿＿＿＿＿＿年＿＿＿＿＿月＿＿＿＿＿日

・Person who deliver overseas

(Name) ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(Address) ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(Date of birth)　Year＿＿＿＿Month ＿＿＿＿Day＿＿＿＿＿