

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

被保険者情報	①被保険者証	記号	番号	②事業所名称	
	③氏名	(フリガナ)		④生年月日	昭・平・令 年 月 日
	⑤住所	〒		⑥電話番号 (日中の連絡先)	()
				⑦提出委任	☐ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は ☒)

振込先	⑧金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	コード番号	⑨預金種別	☐ 普通 ☐ 当座 ☐ その他()
	⑪口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	コード番号	⑩口座番号	
				⑫口座名義区分	☐ 被保険者(申請者) ☐ 代理人
	⑬公金受取口座	☐ 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、上記の口座情報の記入は不要です。)			

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。	⑭被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和 年 月 日
		⑮代理人 (口座名義人)	住所	
			氏名	被保険者との関係()

申請内容	⑯出産した方 (どちらかに✓)	☐ 被保険者 ☐ 家族(被扶養者)						
	⑰家族の場合は その方の	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	続柄()			
	⑱出産した 年月日	平・令 年 月 日	⑲生産児数	人	⑳死産児数	人	㉑死産のとき (妊娠経過期間)	か月 週
	㉒出産した 医療機関等	名称	所在地					
	㉓他の健康保険 などに加入	出産日の前後6か月以内に他の健康保険などに加入していた(いる)場合					▶ 別途、「健康保険等加入状況の申告」を添付してください。	

証明欄	▶ 医師・助産師による証明の場合						
	㉔出産年月日	平・令 年 月 日	㉕生産児数	☐ 単胎 ☐ 多胎(児)	㉖生産又は 死産の別	☐ 生産 ☐ 死産(妊娠 月 週)	
	上記のとおり相違ないことを証明する。					医療機関の所在地・名称	
	令和 年 月 日					医師・助産師の氏名	
	▶ 市区町村長による証明の場合(生産のみ)						
㉗本籍				㉘筆頭者 氏名			
㉙母の氏名			㉚出生児氏名			㉛出生 年月日	平・令 年 月 日
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							

マイナンバー記入欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、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

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険等加入状況の申告

東京電子機械工業 健康保険組合

1 次の①又は②に該当する場合は、現在加入している又は以前加入していた健康保険（保険者）について、アからウの該当する項目にご記入ください。

- ① 退職後（資格喪失後）6か月以内に出産し、被保険者出産育児一時金を申請する場合
- ② 当組合の被扶養者として加入後6か月以内に出産し、家族出産育児一時金を申請する場合

ア 国民健康保険に加入（①の方は「現在」、②の方は「以前」）

市区町村名	都・道・府・県		市・区・町・村国民健康保険		
被保険者氏名			世帯主の氏名を		
保険証の記号・番号	記号：	番号：		すでに保険証を市区町村に返却しており、 記号・番号が不明の場合は空白にし、加入期間のみご記入ください。	
資格取得年月日	昭・平・令	年	月		日
資格喪失年月日	昭・平・令	年	月		日

イ 健康保険の被扶養者として加入（①の方は「現在」、②の方は「以前」）

保険者名称			協会けんぽや健保組合名をご記入ください。		
被保険者氏名			配偶者（夫）などの氏名をご記入ください。		
保険証の記号・番号	記号：	番号：		すでに保険証を健保組合等に返却しており、 記号・番号が不明の場合は空白にし、加入期間のみご記入ください。	
扶養認定年月日	昭・平・令	年	月		日
扶養削除年月日	昭・平・令	年	月		日

ウ 健康保険の被保険者として加入（①の方は「現在」、②の方は「以前」）

保険者名称			協会けんぽや健保組合名をご記入ください。		
保険証の記号・番号	記号：	番号：		すでに保険証を健保組合等に返却しており、 記号・番号が不明の場合は空白にし、加入期間のみご記入ください。	
資格取得年月日	昭・平・令	年	月		日
資格喪失年月日	昭・平・令	年	月		日

2 次の①又は②に該当する場合は、下記の証明書欄に該当する保険者から出産育児一時金が支給されていない旨の証明を受けてください。（保険者：協会けんぽ、健保組合、共済組合など）

- ① 退職後（資格喪失後）6か月以内の出産で、上記イ又はウに該当する場合
- ② 被扶養者として加入後6か月以内の出産で、上記ウに該当する場合

証明書

下記該当者について、出産育児一時金は支給していないこと。また、今後も支給しないことを証明いたします。

記号・番号

被保険者名

出 産 日

平・令

年

月

日

令和

年

月

日

保 険 者 所 在 地

名 称

電話番号

健康保険等加入状況について上記のとおり申告します。氏 名

同意書 Letter of Consent

東京電子機械工業健康保険組合 御中

私(海外出産をした者)は、東京電子機械工業健康保険組合または東京電子機械工業健康保険組合が委託した事業者が自ら、私が提出した出産育児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、当該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、医療機関からの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: Tokyo Electronics Industry Health Insurance Association

I, as a person who deliver overseas, authorize Tokyo Electronics Industry Health Insurance Association 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.

	年	月	日
Year		Month	Day

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

記号・番号 記号 () 番号 ()

Person who deliver overseas

Name _____

Address _____

Date of birth _____ Year _____ Month _____ Day _____

Health Insurance Association Number () ()