

# 記入例

健康保険 □ 被保険者  
■ 家 族

## 出産育児一時金請求書

令和 1 年 5 月 1 日 請求

(添付書類)

- 1 医療機関等から交付される代理契約に関する文書（合意文書）の写し
- 2 出産費用の領収・明細書（領収書）の写し
- 3 海外出産の場合、次の書類を添付してください。
  - ・ 渡航費用の領収・明細書（領収書）の写し
  - ・ 海外の医療機関等に照会することに関する出産した方の同意書

被保険者が記入するところ	① 被保険者証の記号と番号	77 500	② 被保険者の氏名と印	電子 太郎	印
	③ 被保険者の現住所	〒 111 - 8530 東京都台東区雷門 1 - 1 3 - 8 電話（日中連絡先） 03 ( 3843 ) 1456			
	④ 事業所の名称				
	⑤ 出産した年月日	平成 31 年 4 月 17 日	⑥ 死産のときはその旨		
	⑦ 出産した名称 その病産院の所在地	雷門総合病院 東京都台東区雷門 1 - 2			
	⑧ 被扶養者が出産した為の請求である時は、その者の氏名	電子 花子	続柄 妻	生年月日 昭和・平成・令和 2 年 6 月 1 日	
	⑨ 出生児の氏名	電子 いろは	被保険者と出生児の続柄 子	出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか ■ ある □ ない	
	⑩ 資格喪失後、家族の被扶養者となったとき又はご自身で国民健康保険等に加入した時は、その被保険者証の	<input type="checkbox"/> 保険者名 <input type="checkbox"/> 連絡先 <input type="checkbox"/> 記号 <input type="checkbox"/> 番号	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険	記号	番号
	⑪ 被扶養者が被保険者であった場合には、その当時の被保険者証の	電話番号		番号	

(注意事項)

- 1 妊婦が「死産」の場合は、妊娠何カ月目の死産であるかを、かつこの内に書き入れてもらってください。
- 2 医師・助産師又は市区町村長が証明するところ（⑮又は⑳欄）は、どちらか一方で証明を受けてください。
- 3 ⑩欄は、被保険者の資格を喪失した日から6か月以内に出生した場合に記載してください。又、⑪欄は被扶養者が被保険者の資格を喪失した日から6か月以内に出生した場合に記載してください。
- 4 被保険者の印は、被保険者自身が署名した場合に限り、押印は不要とすることができます。
- 5 被保険者以外の口座名義に振込みをご希望の場合は、受取代理人の欄も合わせてご記入ください。
- 6 給付金を受ける権利は、2年で時効になります。時効の起算日は、出産日の翌日から数えて2年です。

医師・助産師又は市区町村長が証明するところ	⑫ 出産した年月日	年 月 日	⑬ 生産または死産の別	生産・死産（妊娠 ヶ月） 週
	⑭ 出生児の数	単胎・多胎（ 児）	備考	
	⑮ 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師 印			
	⑯ 本籍		⑰ 出生届出日	年 月 日
	⑰ 出生児氏名			
⑱ 出生年月日				
⑳ 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 印				

受取代理人の欄	私は	を代理人と定め出産育児一時金（家族出産育児一時金）の受領方を委任します。	
	本人氏名		印
代理人の欄	住所		
	代理人氏名		印

支払金融機関の欄	金融機関名	三菱東京UFJ	コード番号	0 0 0 5
	店名	雷門 支店	コード番号	3 6 9
	預金の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄		
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7		
	フリガナ	デンシ タロウ		
口座名義	電子 太郎			

※ 受付日付印

被保険者証の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。）

備考欄	
-----	--

[組合記入欄]

支給額	拾万	万	千	百	拾	円	資格取得	年 月 日	出産日	年 月 日
							資格喪失	年 月 日	被扶養者の扶養認定年月日	年 月 日

東京電子機械工業健康保険組合

同意書

Letter of Consent

この同意書は、海外で出産した場合に提出が必要です。

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.

令和元年 5 月 1 日

Year 2019 Month 5 Day 1

出産日 平成31 年 4 月 17 日

Delivery date Year 2019 Month 4 Day 17

海外出産をした者

氏名(自署) 電子 花子



住 所 東京都台東区雷門1-13-8

生年月日 平成2 年 6 月 1 日

記号・番号 記号 ( 77 ) 番号 ( 500 )

Person who deliver overseas

Name Denshi Hanako

Address Kaminarimon 1-13-8, taitou-ku, tokyo

Date of birth Year 1990 Month 6 Day 1

Health Insurance Association Number ( 77 ) ( 500 )