

「被保険者（申請者）記入用②」に続きます。

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

受付印

|                              |                                              |                                       |         |            |                           |   |
|------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------|---------|------------|---------------------------|---|
|                              |                                              |                                       |         |            | 1                         | 2 |
|                              |                                              |                                       |         |            | 被保険者(申請者)②・<br>医師・市区町村記入用 |   |
| 健康保険 被保険者 出産育児一時金 請求書<br>家 族 |                                              |                                       |         |            |                           |   |
| 被保険者氏名                       |                                              |                                       |         |            |                           |   |
| 申請内容                         | (フリガナ)<br>出産者氏名                              |                                       |         | 生年月日       | 昭和 年 月 日<br>平成            |   |
|                              | (フリガナ)<br>出産児名                               |                                       |         | 出産した国      |                           |   |
|                              | 出 産<br>年月日                                   | 令和 年 月 日                              | 出産児について | 出生児数       | 人                         |   |
|                              |                                              |                                       |         | 死産児数       | 人                         |   |
|                              |                                              |                                       |         | 死産の場合の妊娠日数 | 日間                        |   |
|                              | 申請理由                                         | 直接支払制度を使用した差額分 受取代理制度として 直接支払制度を使用しない |         |            |                           |   |
| 受給有無                         | 同一の出産について、健康保険組合や国民健康保険組合等から出産育児一時金を受給していますか |                                       |         |            |                           |   |
|                              | はい いいえ                                       |                                       |         |            |                           |   |

ここまでが「被保険者(申請者)記入用②」になります。

|                              |                              |            |                 |            |     |  |
|------------------------------|------------------------------|------------|-----------------|------------|-----|--|
| 医師・助産師による証明又は市区町村長による証明(生産)  | (フリガナ)<br>出産者氏名              |            |                 |            |     |  |
|                              | 出産年月日                        | 令和 年 月 日   | 出産児について         | 出生児数       | 人   |  |
|                              |                              |            |                 | 死産児数       | 人   |  |
|                              |                              |            |                 | 死産の場合の妊娠日数 | 日間  |  |
|                              | 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 |            |                 |            |     |  |
|                              | 医療施設                         | 所在地        | 〒 -             |            |     |  |
|                              |                              | 名称         |                 |            |     |  |
|                              |                              | 医師もしくは助産師名 |                 | TEL        | - - |  |
|                              | 本 籍                          |            | 戸籍筆頭者           |            |     |  |
|                              | (フリガナ)<br>母の氏名               |            | (フリガナ)<br>出生児氏名 |            |     |  |
|                              | 出生児数                         | 人          | 出産年月日           | 令和 年 月 日   |     |  |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 |                              |            |                 |            |     |  |
| 市区町村長名                       |                              |            | Ⓜ               |            |     |  |

# 同意書

## Letter of Consent

神奈川県運輸業健康保険組合 御中

私( )は神奈川県運輸業健康保険組合又はこの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、医療機関から別途同意書や委任状を求められた場合、当該書類に必要な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 : 神奈川県運輸業健康保険組合

I, as a person who deliver overseas, authorize 神奈川県運輸業健康保険組合 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))                      ⑩

(住所)                     

(生年月日)                      年                      月                      日

- ・ Person who deliver overseas

(Name)                     

(Address)                     

(Date of birth)                      Year                      Month                      Day