

被保険者
被扶養者

出産育児一時金
同付加金

請求書

Application for childbirth and child care lump-sum grant additional benefits

海外部店名 Name of Overseas Division / Branch	〇〇〇〇	〇〇年〇〇月〇〇日 Date	
被保険者の記号・番号 The Insured Number	0000-0000000	被保険者の氏名 Beneficiary's name	健保 愛子
分娩した者の氏名 Mother's name 及び生年月日 Date of birth	氏名 Name	健保 愛子	〇〇年〇〇月〇〇日生 Year Month Date
出生児の氏名 Name of newborn 及び生年月日 Date of birth	氏名 Name	健保 一郎	〇〇年〇〇月〇〇日生 Year Month Date
		続柄 Relationship	長男
* 医師の証明	分娩した年月日 Date of birth	年 月 日生 Year Month Date	死産又は流産のときはその旨 If stillbirth or abortion
	分娩に関する市町村長・医師又は助産師の住所氏名と証明印	上記のとおり相違ないことを証明します。 I certify that the above statement is correct. 住所 Address 氏名 Name	
委任状	出産育児一時金等の受領を事業主に委任する。 I entrust receipt of the grant and additional benefits to the employer. 〇〇年〇〇月〇〇日 Date		
	被保険者氏名 Beneficiary's Name 健保 愛子		

資格の取得日又は喪失日より6ヶ月以内の出産の場合は、下記枠内に直前または現在の医療保険者(健保組合、全国健康保険協会等)を記入し、枠内に記載の条項を確認の上、署名捺印してください。

私は、貴組合以外の他の医療保険者には、出産育児一時金等の申請をしていません。また、貴組合が他の医療保険者に「私が申請をしていないこと」の確認をすることに同意します。
直前または現在の医療保険者(他の医療保険者): <input type="checkbox"/> 〇〇〇〇健康保険組合
連絡先(電話番号): 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
被保険者氏名 健保 愛子

* 医師の証明 (Certification of attending physician)
医師の証明に替えて出産証明書(写)の添付でも可。
For overseas child birth, this column is unnecessary.
Instead, a copy of the birth certificate must be attached.

(注)この請求書は海外で分娩した場合専用です。帰国し本邦で分娩した場合は国内の請求手続に拠ります。
三菱UFJ銀行健康保険組合 御 中
To: Health Insurance Society (Do not write in the section below)

健保記入欄	給付決定日		受付日		常務理事	
	支給額合計	¥588,000.-	内訳	家族 出産育児一時金	¥488,000.-	事務長
				家族 出産育児付加金	¥100,000.-	部長係
	受付 No.		支払先コード			
	給付種別		本人 1018 ・ 家族 2018	適用事業所コード		
	被保険者の記号・番号		記号		番号	