健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・付加金支給申請書

Coverage Start Date

※ 本人への全額支給用
または海外で出産した場合

Insurance Card Code/Number

被保険者証の記号番号	記号 ○○○○	被保険者資格取得日	平成 令和	27 年 4 月 1 日	被保険者資格喪失日（喪失後の場合）	令和	年 月 日
	番号 ○○○○						
被保険者	ﾌﾘｶﾞﾅ			〒 ○○○-○○○○			
Name of Insured Person	John Smith	Address		○-○-○, Tamagawa, Setagaya-ku, Tokyo			
Date of birth	昭和 ・ 平成 ・ 令和 60 年 7 月 31 日	住	phone	○○（ ○○○○ ）○○○○			
Employed company / Department	○○○, Inc. ○○○ Department	company phone					
保険者が記入	被扶養者の出産である場合はその者の氏名	Mary Smith	If a dependent gives birth, fill in the dependent's name and date of birth.	62 年 8 月 31 日	被保険者と出産した者の続柄	relationship	Wife
Delivery date	令和 2 年 5 月 1 日	Live birth	1 人	死産児数 人	Stillbirth, Number of month		週
Medical institution name	出産した医 (名称) ○○○Ladies Clinic	Medical institution address	〒○○○-○○○○ 1-14-1, Tamagawa, Setagaya-ku, Tokyo	phone 電話 ○○（○○○○）○○○○			
ところ	出産した医療機関の産科医療補償制度加入の有無	有 ・ 無	海外で出産した場合はその旨				
	被保険者と出生児の続柄 relationship Eldest son	出生児が被保険者の被扶養者であ Is the child born a dependent of the insured? yes: ある no: ない	の被扶養者でないときはその理由				
		ある ・ ない					
	以下に該当する場合は右欄に記載してください。 ①資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、その保険証の保険者名・電話番号・記号・番号について ②被扶養者が出産した日の6ヶ月前に被保険者であった場合は、その当時の、保険者名・電話番号・記号・番号について	保険者名（国民健康保険又は健康保険組合名など）					
		電話 （ ）					
		記号		番号			
		被保険者氏名					

※医師・助産師又は市区町村長が証明する欄はどちらか一方で証明を受けてください。 （※海外で出産した場合、証明欄の記載証明は省くことができますが、添付書類Ａ、Ｂを提出してください。）

医師・助産師の証明欄	出産年月日	令和 年 月 日	生産又は死産の別	生 産 ・ 死 産 （妊娠第 月又は第 週）
	出生児の数	単 胎 ・ 多 胎（ 児）	備 考	
	上記のとおり相違ないことを証明する。 医療施設名			年 月 日
市区町村長の証明欄	本籍			
	出生届出日			月 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 市区町村長名			令和 年 月 日 ㊞

Attestation of Physician or Midwife or head of municipaloffice

※生産の場合でも、必ず週数をご記入ください。

I will entrust the employer with regard to receiving the lump-sum birth allowance and the lump-sum birth and childcare allowance.

委任状	被保険者氏名（自署）	Sign only if you wish to be delegated.(Self-singed)	令和 年 月 日 Apprication date

支払金融機関	○○○○ 銀行 信用金庫 ○○○○ 本店 支店	普通 ・ 当座	
	フリガナ	口座番号	Pay to Account (In the name of the insured person)
	口座名義（被保険者名義） John Smith	○○○○○○○	

≪添付書類≫ ① 医療機関等から交付される合意文書の写し
（直接支払制度にかかる代理契約を医療機関等と締結していない旨および申請先となる当組合名が記載されているもの）
② 出産費用の領収・明細書の写し
（直接支払制度にかかる代理契約を医療機関等と締結していない旨が記載されているもの、および 産科医療補償制度に加入する医療機関で出産した場合は証明するスタンプを押印したもの）

≪海外で出産した場合の添付書類≫
A 医療機関または公的機関等で発行された出産の事実を証明するもの
B 上記証明書の日本語訳（作成年月日、翻訳者の住所、氏名の記入、捺印がされているもの）

令和 年 月 日提出
受付日付印

＊送付先＊
楽天健康保険組合
【郵送】〒158-0094 東京都世田谷区玉川1-14-1 楽天クリムゾンハウスアネックス3F
【社内便】Office:アネックス Department:楽天健保組合

楽天健康保険組合