

出産育児一時金・同付加金請求書  
Claim Form for Childbirth Lump-Sum Benefits Payment or Rebate

(直接支払制度や受取代理制度を利用しない場合・海外出産の場合)

(When not using the direct payment or proxy recipient systems, or when childbirth occurs overseas)

平成29年4月10日提出

Submitted  
Year Month Day

被保険者証 の記号と番号 Insurance card code and number	記号 Code	番号 Number	被保険者氏名 (請求者) 生年月日 Name of insured person (claimant) and date of birth	健保 太郎											
	1	1234	昭和(Showa) 平成(Heisei) 西暦(A. D.)	55	年	10	月	5	日	Year	Month	Day			
	被保険者 (請求者) の現住所 Current address of the insured person (claimant)		〒 000-0000 東京都〇〇区△△町1-2-3 □□マンション301号室		電話 Phone	03		(	1234	)	5678				
	分べんした年月日 Date of childbirth	平成29	年	4	月	1	日	Day	1: 生産児数 Number of children born	2: 死産児数 Number of stillborn	死産の時は その旨 Circumstances in case of stillbirths	(妊娠 ヶ月) (Pregnant months)			
被扶養者が分べんした 場合はその方の 場合 If a dependent gave birth, that person's name	氏名 Name	健保 花子		生年月日 Date of birth	昭和(Showa) 平成(Heisei) 西暦(A. D.)	5	年	7	年	4	月	2	日	Month	Day
出生児の氏名 Name of child(ren) born	健保 健太		被保険者と 出生児との 続柄 Relationship of insured person with born child	(例: 長男) (Example: Eldest son) 長男	備考 Remarks										
■被保険者が資格喪失後6ヶ月以内の出産で申請する場合、 現在の保険証の種類を記入してください。 If the insured person is applying in case of childbirth within six months of losing eligibility, please enter the current type of insurance card. ■被扶養者が認定後6ヶ月以内の出産で申請する場合、 以前加入していた保険証の種類を記入してください。 If a dependent is applying in case of childbirth within six months of being recognized, please enter the type of insurance card for the insurance previously enrolled in. (国民健康保険の場合は市町村名、協会けんぽの場合は 都道府県支部、健保組合の場合は組合名を記入) (If you are enrolled in national health insurance, write the name of the municipality. If you are in the Japan Health Insurance Association write the prefectural branch, and you are in a health insurance association, write the name of the association)			保険者名 (国民健康保険又は、 健保組合名など) Name of insurer (National health insurance, name of health insurance association, etc.)	〇△×健康保険組合		電話 Phone	03-1234-□□□□								
			記号 Code	100	番号 Number	200									
			勤務先名称 Name of employer	株式会社〇〇〇〇											
			被保険者氏名 (世帯主名) Name of insured person (Name of head of household)	健保 花子											
医師・助産師又は市区町村長が証明するところ Certification by a doctor, midwife, or municipal mayor	分べんした年月日	年	月	日	出生児の数	単胎・多胎(児)									
	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠週日)			備考										
	上記のとおり相違ないことを証明する。														
	医療施設名の名称・所在地 医師・助産師名 電話( ) <b>医師・助産師もしくは市区町村長の証明が必要です</b>														
出生届出日	平成(Heisei) 令和(Reiwa) 西暦(A. D.)	年	月	日	出生児氏名	出生年月日	平成(Heisei) 令和(Reiwa) 西暦(A. D.)	年	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															

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい。\* If you are appointing a recipient, please fill out the proxy.

委任状 Proxy	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。I hereby entrust the receipt of benefits based on this claim to a representative recipient.	年	月	日	Year	Month	Day
被保険者(申請者) Insured person (applicant)	氏名 Name						
代理人(実際に給付を受領する者) Representative (The person who will actually receive the benefits)	氏名 Name						
支払金融機関 Financial institution for payment	銀行 Bank	本店 Main branch	普通・当座 普通・当座	普通・当座 普通・当座			
	支店番号 Branch number	口座番号 Account number	名義人 Account holder	口座名義人 Name on account			
			カタカナ(Katakana)				
	給付金の振込先金融機関を記入して下さい						

受付日付印

## 添付書類

Attachments

- 医療機関等から交付される合意文書(写)  
Written consent from the medical institution (copy)
- 医療機関等から交付される領収・明細書(写)  
Itemized receipt from the medical institution (copy)
- この請求書の「医師・助産師又は市区町村長が証明するところ」に記載がない場合、  
医師または助産師が発行した出生証明書等、出産の事実を証明する書類または市区町村が発行した戸籍謄本(抄本)  
If there is nothing written in "Certification by a doctor, midwife, or municipal mayor" in this claim form,  
attach either a birth certificate issued by a doctor or midwife, a document that proves the childbirth, or a family register issued by a  
municipality (extract copy)
- 証明書等が外国語で記入されている場合、翻訳者の住所、氏名を明記した翻訳文  
If the certificate is written in a language other than Japanese, the translated text including the name and  
address of the translator