

- ☐ 被保険者  
☐ 被扶養者(家族)

出産育児一時金請求書

常務理事	事務長	担当者

被 保 険 者 記 入 欄	記号・番号	-	電話番号 日中の連絡先			
	フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		
	被保険者氏名		分娩年月日	令和 年 月 日		
	会社・事業所名					
	被扶養者(妻・家族)が分娩した場合					
	フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		
	被扶養者氏名・続柄	続柄				
	被扶養者の 資格取得日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ← 資格情報のお知らせ、資格確認書 等で 確認してください。				
	在職中の給付金 支払いに関する同意	<input type="checkbox"/> 在職中、給付金は事業主経由で受領することに同意します。				
	退職後に請求する場合に記入（任意継続者・記号9990は記入不要）					
金融機関コード	銀行 信用金庫 信用組合	店舗コード	支店 本店 出張所	種目 普通預金	口座番号	フリガナ 口座名義人
ゆうちょ銀行の口座へ振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。						

医 師 証 明 欄	分娩者氏名 Name of mother		分娩年月日 Date of birth	(DD/MM/YYYY)
	妊婦週数 Duration of pregnancy		出産の種類 Kind of Birth	Total number born live : Total number stillborn :
	上記のとおり相違ないことを証明します。/Certify the infomation provided above is true.			
	所在地/Address of medical institution		Date / /	
医療機関名/Name of medical institution				
医師名/Name of attending physician		Signature		

健 保 記 入 欄	支給額	円	支給日	令和 年 月 日
	備考			

発信者印

## 添付書類

1. 請求書「医師記入欄」に 医療機関等の証明を受けられなかった場合  
いずれか1点を添付してください
  - ① 医療機関等もしくは公的機関から発行された出生証明書の原本と  
翻訳文(翻訳者の住所、氏名、捺印要)
  - ② 戸籍抄本
2. 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書の写し
3. 出産時に海外にいたことが確認できる書類  
いずれか1点を添付してください
  - ① パスポートのコピー 氏名・顔写真 と 当該期間の出入国スタンプのページ
  - ② 査証(ビザ)のコピー 氏名と有効期限が記載されたもの
  - ③ 航空チケットのコピー eチケット控えを含む
4. 海外の医療機関等に対して出産の事実、内容等の照会を行うことの同意書

### ※ 出産育児一時金・家族出産育児一時金不支給証明書

以下の条件に当てはまる方は他の健康保険との重複支払いを避けるため  
「出産育児一時金・家族出産育児一時金 不支給証明書」を提出してください。

#### ① 以前、古河電工健保組合の被保険者で

- ・ 資格喪失後6か月以内に出産
- ・ 現在は他の健保に加入

古河電工健保組合に**出産育児一時金**の申請をする場合



**現在加入**の健保組合へ提出し証明を受けてください。

※ 現在加入している健保が国民健康保険の場合は提出不要です。

#### ② 被扶養者が前職で被保険者(本人)として

- ・ 加入期間が1年以上
- ・ 資格喪失後、6か月以内に出産

古河電工健保組合に**家族出産育児一時金**の申請をする場合



**以前加入**していた健保組合へ提出し証明を受けてください。

※ 以前加入していたのが国民健康保険の場合や家族の被扶養者だった方は提出不要です。

# 同意書

古河電工健康保険組合 御中

私（海外出産をした者）は、古河電工健康保険組合又は古河電工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、当該当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等を求められた場合、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。

・ 記号 - 番号

・ 被保険者氏名

・ 海外出産をした者

氏 名

住 所

生年月日

年 月 日

・ 出産日

年 月 日