

常務理事	事務長	係

資格取得日	年	月	日
資格喪失日	年	月	日
出産日	年	月	日
産補制度	有・無		

健康保険 被保険者 出産育児一時金請求書

*直接支払制度や受取代理制度を利用した場合、申請は不要です。

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	1324 -	社員No.	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください。						
	被保険者 氏名		生年月日	昭 平 令	年	月	日	電話番号 (日中の連絡先)	()	
	住所	〒 -								
	出産日	令和	年	月	日	生産または 死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 生産・死産混在			
申 請 者 (申 請 者) 記 入 欄	「生産」の場合の出生人数		人	「死産」の場合の出生児数		人	「死産」の場合、妊娠経過期間		満 () 週	
	出生した 医療機関		名称	所在地						
	退職後6か月以内の出産ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			現在加入している「保険者名」と「記号・番号」を記入			保険者名		記号・番号	
	同一の出産について、現在加入している保険者より出産育児一時金を				<input type="checkbox"/> 受けた/受ける予定 <input type="checkbox"/> 受けない					
本申請の提出を事業主へ依頼し、給付金の受領を事業主に委任します。								令和 年 月 日記入		
氏名 (申請者)										

振 込 先 口 座	◆資格喪失者(請求者)名義の振込銀行口座を必ずご記入ください。(「振込銀行口座」が確認できる通帳の写しを添付)									
	※被保険者死亡のため相続人が請求者となる場合、被保険者との続柄が確認できる書類(戸籍謄本、住民票等)を必ず添付。(死亡時に相続人が健保の被扶養者であった場合は不要)									
	□マイポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します 注)口座情報の反映には数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。									
	振込銀行口座(※請求者名義の口座に限る)									
金融機関コード				店番号						
		<input type="checkbox"/> 銀行		<input type="checkbox"/> 本店		<input type="checkbox"/> 信用金庫		<input type="checkbox"/> 支店		
		<input type="checkbox"/> ()						<input type="checkbox"/> 出張所		
口座番号					口座名義(かて記入)					
普通										

【添付書類 (原本添付)】				
・国内出産 <input type="checkbox"/> 医療機関から交付される合意文書の写し (非合意) <input type="checkbox"/> 出産費用の領収、明細書の写し (産科医療補償制度の加算対象分娩である場合は、それを証するスタンプの押印あり)			・海外出産 <input type="checkbox"/> 出産証明書の写し <input type="checkbox"/> 出産日において実際に海外に渡航していた事実が確認できる書類 (パスポートのコピー、査証(ビザ)のコピー、航空チケット等のコピー) <input type="checkbox"/> 出産証明書の日本語翻訳文 (翻訳者氏名、住所、電話番号記載) <input type="checkbox"/> 同意書	
◆当健保組合の「被保険者の資格喪失後、6か月以内の分娩」の場合⇒現在、加入している健康保険で「出産育児一時金の不支給証明書」を発行してもらい添付 ・資格喪失後の出産・・・退職日までに被保険者期間 (任意継続被保険者期間は除く) が継続して1年以上あり、資格喪失後6か月以内の出産に対しても支給されるため、支給を受けることができる保険者が複数になる場合もありますが、重複して支給を受けることができません。				

※消えるボールペン等の筆記用具で記入、修正テープは使用しないでください。

※被保険者記入欄に訂正がある場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、被保険 (申請) 者の訂正印またはサインが必要です。

【請求書提出先】⇒ 人事総務G

証 明 欄 (い ず れ か に 記 入)	医師・助産師の証明	出産年月日	令和	年	月	日	出生児数	単胎・多胎(児)	生産・死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 ⇒ 妊娠 () 日
	上記の通り相違ないことを証明する。		住所(所在地)							
	令和 年 月 日		医療施設名称		TEL:					
			医師・助産師氏名							
市 区 町 村 長 の 証 明	本籍	筆頭者名								
	出生児氏名	出生年月日		令和	年	月	日			
	上記の通り相違ないことを証明する。		市区町村長名		Ⓜ					
		令和 年 月 日								

※記載内容を訂正した場合は、訂正箇所に証明者 (医師等) の押印、サインをお願いいたします。

事 業 主 証 明 欄	この請求内容が正しいことを証明します。委任を受けた給付金の受領は、貴健保組合との間で定められている所定の方法で受け取ります。									
	令和 年 月 日		事業所所在地							
			受任者		事業所名称					
			事業主氏名							

同意書

Letter of Consent

CNCグループ健康保険組合 御中

私（海外出産をした者）は、CNCグループ健康保険組合又はCNCグループ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等を求められた場合、当該書類に必要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: CNC GROUP HEALTH INSURANCE SOCIETY

I, as a person who deliver overseas, authorize CNC GROUP HEALTH INSURANCE SOCIETY 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

・ 出産日 _____年_____年_____日

・ Delivery date Year_____, Month_____, Day_____.

・ 海外出産をした者

(氏名 (自署) _____ 印)

(住所) _____

(生年月日) _____年_____年_____日

・ Person who deliver overseas

(Name) _____

(Address) _____

(Date of birth) Year_____, Month_____, Day_____.