

K0304-C

被保険者  
家族

**出産育児一時金・出産育児一時金付加金支給申請書**

電話		電話	
事業主(所) 健康責任者	事業主(所) 健康担当者	所属上長	庶務係

事業主(所)記載欄	
適用事業所記号	※海外出産で下記に該当する場合はチェックしてください
	業務による海外赴任(家族帯同含)のため、同意書・渡航証明書添付無 <input type="checkbox"/>

常務理事	事務長	グループ長	主務者	担当者

(注意事項)

1. 在職中の方は、事業主経由で支払いますので委任状をご記入ください。資格喪失者退職者は、健保から直接銀行振込しますので、退職日・振込先被保険者名義を「記入ください」。
2. 分娩日が特退・任継加入期間中は、保険料の引き落とし口座へ振込します。振込先欄は記入不要です。
3. 出産費用の領収書(写)または請求書(写)、および、分娩機関の代理受取額欄等の記載のある明細書(写)を必ず添付してください。(領収書に明細の記載がある場合は、領収書のみで可)
4. 直接支払制度を利用しない場合は、その旨が明記された分娩機関と取り交わした合意書(写)を添付してください。受取代理制度の申請は、本申請書ではできません。
5. 直接支払制度を利用しない場合は、医師(助産師)・市区町村長証明欄に証明を受けてください。直接支払制度を利用した場合は、当該欄の証明は不要です。
6. 出生の証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。

申請者記載欄	会社名	被保険者証				被保険者氏名					
	所属	記号	番号	番号	番号	生年月日	S・H	年	月	日	
	資格取得日	S・H・R	年	月	日	資格喪失日	S・H・R	年	月	日	出産資金貸付金の有無(有・無)
	分娩日	H	年	月	日	フリガナ	生産児数	人	出産育児一時金の 直接支払制度利用の有無(有・無)		
	妊娠期間	満	週	日	出生児名	死産児数	人	受取代理制度利用の有無(有・無)			
	出産した 医療機関の 名称・所在地	名称	所在地	●海外での出産の場合、業務による海外赴任(家族帯同含)を除き、2/3「同意書」と3/3「添付書類」が必要です。3/3「添付書類」には海外で出産した者が、出産をした国又は地域に渡航または居住、滞在していた事実を確認するため、航空券、パスポート(氏名の頁、滞在国の入国あるいは出国の押印が確認できる頁)、居住地が記載された身分証明書等の写しを貼付。							
	●家族(被扶養者)が 出産した場合	出産した被 扶養者氏名	続柄	東芝健保 扶養認定日	S	H	年	月	日		
	健康保険加入状況	●家族が東芝健保の扶養認定日から6ヵ月以内に分娩した場合、分娩日から6ヵ月前に加入していた健康保険を以下に記入。 ●被保険者が東芝健保を資格喪失後6ヵ月以内に分娩した場合、分娩した日に加入していた健康保険を以下に記入。									
		健康保険の種類(○で選択)	a. 任意継続 b. 国保 c. 健保組合 d. 共済会								
		加入時の資格(○で選択)	a. 被保険者本人として加入 b. 親・配偶者等の被扶養者として加入								
	加入していた健康保険名	記号 番号	健康保険の加入期間	フリガナ							
	電話										
給付金受取方法	この申請に基づく給付金の受領を事業主に委任します。										
	A.会社経由での支給 *在職中の方は会社経由	【委任状】 令和 年 月 日 被保険者氏名									
	B.個人への直接支給 *退職(予定)者のみ可	退職者用 【振込先】	ゆうちょ銀行不可	銀行	支店	普通・当座					
	【退職日】 H・R 年 月 日	口座 番号	フリガナ	名義人							
上記のとおり申請します。 住所 令和 年 月 日 被保険者氏名 東芝健康保険組合 御中 電話											

医師(助産師)・市区町村長証明欄	出産者氏名	分娩日	H・R	年	月	日				
	妊娠期間	満	週	日	単胎・多胎(児)	生産・死産				
	上記のとおり相違ないことを証明する。 医療機関名称 医師・助産師名 電話									
	本籍	筆頭者名								
	出生届日	H	年	月	日	出生児氏名	出生年月日	H	年	月
上記のとおり相違ないことを証明する。 市区町村長名 電話										

組合記載欄	支給決定額		支払先コード		支給年月日	
	出産育児一時金	円	(備考欄)		令和	
	出産育児一時金付加金	円	分娩した家族の被扶養者認定日		年 月 日	
	合計	円				

※ 本届に記載した個人情報については、ホームページ等に掲載の利用目的以外には使用いたしません。

## 同意書

## Letter of Consent

東芝健康保険組合 御中

私（海外出産をした者）は、東芝健康保険組合又は東芝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: Toshiba Health Insurance Society

I, as a person who deliver overseas, authorize Toshiba 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 verification process written above.

- ・ 出産日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日
- ・ Delivery date Year \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_\_

- ・ 海外出産をした者

(氏名) \_\_\_\_\_

(住所) \_\_\_\_\_

(生年月日) \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

- ・ Person who deliver overseas

(Name) \_\_\_\_\_

(Address) \_\_\_\_\_

(Date of birth) Year \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_\_

## 添付書類（貼付用）

## （注意事項）

・ 海外での出産の場合、業務命令による海外赴任（家族帯同含）を除き、2/3「同意書」と 3/3「添付書類」が必要です。3/3「添付書類」には海外で出産した者が、出産をした国又は地域に渡航または居住、滞在していた事実を確認するため、航空券、パスポート（氏名の頁、滞在国の入国あるいは出国の押印が確認できる頁）、居住地が記載された身分証明書等の写しを貼付してください。