

健康保険 被保険者  
家 族

出産育児一時金・同差額及び同付加金支給申請書④

【償還払い海外用】

被 保 険 者 の 情 報	被保険者の	記号	番号	生年月日	
				<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
	氏 名	(自署)			
	住 所	〒 TEL			

申 請 内 容	出生年月日	令和 年 月 日		生産または 死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 ・ <input type="checkbox"/> 死産	
	生産または 死産児数	生産児数	死産児数	死産の場合妊娠経過期間		
		人	人	妊娠 ヶ月 ( 週 日)		
	出産した 医療機関等					
	出生児の氏名	氏名	続柄	* 被保険者の扶養で <input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ない		
				* 出生児の氏名について 死産・流産・人工中絶の場合は、記載不要です。		
家族が 出産 した 場合	氏名	続柄	生年月日			
			<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日			

出生証明書 Certificate of Birth	
分 娩 年 月 日	Date of Delivery :
生産死産の別	Live born ・ Stillborn (Months of Pregnancy)
出 生 児 の 数	Number of Birth : Single ・ Plural ( )
証 明 欄	I certify that above descriptions are Certain Date Hospital name and address  Physician or Midwife Signature

◆上記証明に代えて下記【添付書類】\*1の添付でも可

同意書 Letter of Consent	
<p>長谷工健康保険組合 御中</p> <p>私（海外出産をした者）は、健康保険組合又は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。</p> <p>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。</p> <p><b>To:Haseko Health Insurance Societies</b></p> <p>I, as a person who deliver overseas, authorize Health Insurance Societies 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.</p> <p>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.</p> <p>署名欄 Signature</p> <p>記入日(Date entered) : Year _____ Month _____ Day _____</p> <p>氏名（自署）Name : _____</p>	

【添付書類】

- \*1 海外の公的機関または医師・助産師が発行した出生証明書の原本と日本語訳文（翻訳者の署名、住所、電話番号を明記）
- \*2 受診者の渡航記録(出国、帰国)が確認できる箇所のコピー（パスポート、査証、航空チケット等の写し）

受付日付印