

出産育児一時金請求書 [海外出産用] (本人・家族)

年 月 日 提出

|       |   |  |               |                              |                              |       |               |  |
|-------|---|--|---------------|------------------------------|------------------------------|-------|---------------|--|
| 本人記入欄 | 保険証の記号・番号   |  | 記号            | 事業所名                         |                              |       |               |  |
|       |   |  | 番号            | 所属部署                         |                              |       |               |  |
|       | 被保険者氏名<br><small>※被保険者自らが署名する場合は捺印不要</small>  |  |               | ④                            | 被保険者住所                       |       | 〒 -<br>電話 ( ) |  |
|       | 被扶養者氏名  |  | カナ)           | 家族の続柄                        | 妻<br>その他 ( )                 | 資格認定日 | 年 月 日         |  |
|       | 生産・死産<br>(どちらかに○)   |  | 生産・死産         | 生産の場合<br>出生児の氏名<br>(複数名の記載可) |                              | 出生年月日 | 年 月 日         |  |
|       | ※出生児を扶養家族として申請する場合は、「被扶養者異動[増]申請書」を提出ください   |  |               |                              |                              |       |               |  |
|       | 入院・出産した医療機関名  |  | (名称)<br>(所在地) |                              |                              |       |               |  |
|       | ブリヂストン健康保険組合加入後6ヶ月以内の出産ですか<br>「はい」の方のみ<br>ブリヂストン健康保険組合の前に加入していた<br>保険者名と記号・番号をご記入ください |  |               |                              | はい ・ いいえ<br>保険者名:<br>記号: 番号: |       |               |  |
|       | 上記の健康保険から出産育児一時金を受けましたか   |  |               |                              | 受けた/受ける予定 ・ 受けない             |       |               |  |
|       | 海外での出産で出産育児一時金を受給する場合、その金額を超えた部分のみが会社医療費補助申請となっていますか<br>※会社補助は出産育児一時金額を超えた金額のみ        |  |               |                              | はい ・ いいえ                     |       |               |  |

【必要書類】

- ①上記出生の証明書の写し (死産の場合は妊娠85日以上であること分かる死産証明書の写し)
- ②出産費用の領収書の写し
- ※いずれも日本語訳を記入し、訳を記入した方の署名を余白にご記入ください
- ③同意書【海外出産育児一時金】

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者のマイナンバー記載欄<br>※被保険者の記号・番号を記入した場合は不要です |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|         |  |   |
|---------|--|---|
| 事業所担当部署 |  |   |
| 係       |  | 長 |
|         |  |   |

給付決定決議書

|             |     |      |
|-------------|-----|------|
| 健康保険組合起案・決議 |     |      |
| 係           | 事務長 | 常務理事 |
|             |     |      |

|                       |          |     |       |       |   |   |
|-----------------------|----------|-----|-------|-------|---|---|
| 健<br>保<br>記<br>入<br>欄 | 分娩の日     |     | 年 月 日 | 給 付 額 | 千 | 円 |
|                       | 資 格      | 取 得 | 年 月 日 |       |   |   |
|                       |          | 喪 失 | 年 月 日 |       |   |   |
|                       | 分娩者認定年月日 |     | 年 月 日 |       |   |   |