

【提出先】

Submit to:  
By post: Suntory Health Insurance Association  
2-1-40 Dojimahama, Kita-ku, Osaka 530-0004  
By interoffice mail: Health Insurance Association, Suntory Osaka Office

Date of application (YY/MM/DD)

〇〇年 〇月 〇日 申請

出産育児一時金請求書

Claim for Children and Childcare Lump-sum Grant

(これは直接支払制度や支取付付制度と利用しない方の請求書です)

※ 分娩機関との (海外で出産) Mother \*Circle as applicable. Insured person / Spouse and others Insured person

勤務先 Place of work	事業所 Establishment	部署 Division
SWFI	SWFI	総務部
保険証 Health insurance card	記号 Symbol	番号(氏名コード) Number (name code)
〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇
氏名 Name	健保 太郎	
所属する事業所を代理人と定		

分娩した者 (* 被保険者・配偶者他) 氏名 Name 健保 愛子	続柄 Relationship 妻	分娩の年月日 Date of delivery (YY/MM/DD) 〇〇年 〇月 〇日	該当〇印 生産	出生児の氏名 Child's name
出生年月日 [和暦] Birth date (YY/MM/DD) 平成 2 年 6 月 9 日生	Will the child be your dependent? Submit the Notification of Dependent(s) <Transfer>			
*Circle as applicable. Y(被扶養者である)/N(被扶養者でない)				
[Reason] A. Dependent of her husband / B. Other ( )				
Transfer account information 給与口座に振り込みます。(口座記入不要) イ. 任意継続被保険者の場合、健保給付金振込登録口座に振り込みます。(口座記入不要) ウ. 任継でない退職者の場合、以下の指定口座に振り込みます。				
*Circle as applicable. A. If you are currently employed, payment will be remitted to your payroll account. (You do not need to enter an account.) B. If you are a Voluntarily and Continuously Insured Person, payment will be remitted to the account registered for health insurance benefits. (You do not need to enter an account.) C. If you left employment and are not a Voluntarily and Continuously Insured Person, payment will be remitted to the account specified below.				
Insured person (to be filled out by the applicant) TEL				
分娩した者(被扶養者)が扶養認定後6ヶ月以内に出生された場合 分娩した者(被保険者)が退職後6ヶ月以内に出生された場合 } のみ記入ください				
Fill out only if: the mother (dependent) gave birth within six months after dependent certification. the mother (insured person) gave birth within six months after leaving employment. 該当〇印				

分娩の年月日 年 月 日	出生児の数 * 該当〇印 単胎 多胎 ( 児 )	生産死産の別 * 該当〇印 生産 死産	妊娠 第 週 または 第 月
* 該当〇印 産科医療補償制度に 加入している ・ 加入していない			
上記の通り相違ないことを証明する。 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師の氏名			
Certification by doctor or midwife TEL:			

常務理事	事務長	担当者	支給決定額			
Payment decision by Health Insurance Association			出産育児一時金			
			¥	万	千	百 十 円
					0	00
分娩の年月日	年 月 日		備考	支給年月		
被保険者の資格	年 月 日 取得・喪失					
扶養者認定の有無	有( 年 月 日 ) ・ 無					
産科医療補償制度加入	有(領収明細の所定印) ・ 無					
直接支払制度利用	無(合意書の確認)					