

被保険者  
家族

# 出産育児一時金請求書

## 海外で出産した方用

被 保 険 者 記 入 欄	下記のとおり請求します。 なお、この金額の受領を、_____に委任します。				
	被保険者証 記号-番号	-	氏名		
	被保険者住所	〒 _____ TEL ( _____ ) _____ (ポストNo. _____)			
	所属	TEL ( _____ ) _____ 内線 ( _____ )			
	家族の分娩の 場合	家族 氏名	(生年月日) _____ 年 _____ 月 _____ 日	続柄	
	分娩年月日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	分娩種類等	生産・死産(妊娠 _____ ヶ月)	
	分娩した施設名	所在地			

医 師 の 証 明 欄	Certificate by the Physician					
	Date of delivery	:	_____			
	Name of Mother	:	_____			
	Name of Father	:	_____			
	State of birth	:	_____ Birth or Stillbirth			
	In case of still birth	:	_____ Pregnancy _____ months			
	Name and Address of attending physician					
	Date	:	_____			
	Address	:	_____			
	Signature	:	_____			
市 区 町 村 長 証 明 欄	本籍	_____		筆頭者氏名	_____	
	出生 届出日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	出生児 氏名	_____	出生 年月日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 市区町村長名 _____ 印					

### 1. 添付書類

- ① 出生に関する証明書(原本)※日本語翻訳(翻訳文には翻訳者の氏名・住所を記載してください。)添付しない場合は、「医師の証明欄」に記入が必要です。  
(出生届を日本国内に提出する方は、①に代えて申請書の証明欄に市区町村の証明が必要です。)
- ② 出産費用領収書・明細書の写し  
**出生児の扶養認定を同時に行う場合は③④の添付書類は不要です。**
- ③ 海外に渡航した事実が確認できる書類(パスポート、航空券等)の写し
- ④ 海外の医療機関等に対して出産の事実、内容等の照会を行うことの同意書

### 2. 注意事項

出生児を被扶養者とする場合、別途「健康保険被扶養者(異動)届」が必要です。

支 給 決 定 欄	支給決定額	円	常務理事	事務長	係

受付印

### 【支給について】

毎月、月末で受付けを締め切り、翌月被保険者の事業所に支給します。  
(出産育児一時金請求書の中で、受領を事業所に委任いただいています。)  
事業所から保険給付金として支払われます。

### 【多胎出産の場合】

出生児1名につき、1枚の請求書が必要です。

### 【死産の場合】

妊娠4ヶ月(85日)以上であれば支給の対象となります。  
医師の証明を受けてください。

### 【資格喪失後の請求】

被保険者の資格を喪失した日の前日まで引き続き1年以上被保険者(任意継続期間を除く。)であった方で、その資格を喪失した後6ヶ月以内の分娩の場合、以前加入していた保険者に「出産育児一時金」を請求することができます。  
ただし、現在加入の保険者かどちらか一方への請求となります。  
※相手先保険者に「出産育児一時金給付済通知」をお送りしますので、ご了承願います。

### 【問合わせ先】

#### マツダ健康保険組合

〒734-0064 広島市南区小磯町1番1号  
TEL 外線:(082)287-4644 内線:22864

- 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバー(個人番号)により申請することも可能です。  
その場合は、次の備考欄へマイナンバーを記載していただくとともに、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

備考欄	
-----	--

同意書は該当する方のみご提出ください。

## 同意書

### Letter of Consent

マツダ健康保険組合 御中

私 \_\_\_\_\_ は、マツダ健康保険組合又はマツダ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: MAZDA Health Insurance Society

I, as a person who deliver overseas, authorize MAZDA 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      Year \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ Da y \_\_\_\_\_

・海外出産をした者  
(氏名(自署)) \_\_\_\_\_

(住所) \_\_\_\_\_

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

・Person who deliver overseas

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

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

(Date of birth)      Year \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ Da y \_\_\_\_\_