マツダ㈱用

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、マツダ株式会社に委任します。				
	被保険者証 記号-番号	1－	氏　名		
	被保険者住所	〒　　－ TEL　（　　）　　－			
	所　属	（ポストNo.　　） 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

2023年6月版　　**（ ポスト番号　D55　マツダ健康保険組合 ）**

【支給について】

毎月、月末で受付けを締め切り、翌月マツダ㈱に支給します。
（出産育児一時金請求書の中で、受領をマツダ㈱に委任していただいています。）
マツダ㈱から給与支給と同時に、「加算金」扱いで支払われます。

【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
℡　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,asa persoontrnwhodeliveroverseas, authorize MAZDA Health Insurance Society and its outsourcing cactor(s)to refer and obtain any and all factual information related to myapplication document(s)for ChildbirthLump-Sum Allowanceincluding information of delivery date, place, and any treatment records from the delivery assistance (medical organizationetc.)in order to verify the factof the delivery. Further, I agree to fill out other document(s)if countries, regions or medical organizationsrequire tosubmit 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

・Deliverydate YearMonthDay　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

・Personwho deliveroverseas

（Name）　_____

（Address）　_____

（Date of birth）　Year _____ Month _____ Da y _____