

支 給 額		円	支 給 支 払 決 議 書				
支 給	出産育児一時金	円	資 格 取 得 日	年	月	日	常務理事
内 訳	出産育児付加金	円	資 格 喪 失 日	年	月	日	係
産科医療補償制度		加入 ・ 非加入	受 付 年 月 日	年	月	日	係
家 族 認 定 日		年 月 日	支 払 年 月 日	年	月	日	備 考

健康保険 被保険者・家族 出産育児一時金(付加金)請求書

岩谷産業健康保険組合 理事長殿

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等の記号・番号	000－	被 保 険 者 の 氏 名	
	出 産 者 氏 名・生年月日・続柄		年 月 日	続柄)
	出 産 年 月 日	年 月 日	生産・死産	
	出 産 した 場 所	医療施設等の名称		
		そ の 所 在 地		
	出生児が被扶養者かどうか	あ る ・ な い	被扶養者でないときはその理由	
	◇ 被保険者が岩谷健保資格喪失後に <u>出産</u> の場合は 現在加入している被保険者等の記号・番号及び保険者名等記入してください。			
	◇ 家族が岩谷健保扶養認定日以後6ヵ月以内に <u>出産</u> の場合は 以前加入していた被保険者等の記号・番号及び保険者名等記入してください。 岩谷健保より出産育児一時金支給決定した場合、支給決定した旨を下記へ通知しますことご了承願います。			
	保 険 者 名（健 保 名）		保 険 者 電 話 番 号	
	被保険者等の記号・番号		被 保 険 者 名	
この出産について、他の保険者に出産育児一時金を申請していませんので、 上記のとおり申請します。 ただし、保険給付金の受領を岩谷産業株式会社被委任者に委任します。 年 月 日 被保険者 氏 名 印				
退職者(含む予定者)記入		(フリガナ) _____ 銀行 支店 普・当 <u>口座番号</u> <u>口座名義</u>		

* どちらかの証明を受けて下さい。 ←

市医 区師 町・ 村助 長産 証師 明又 欄は	出 産 者 氏 名		生 産 ・ 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産（妊 娠 第 週）
	出 産 年 月 日	年 月 日	出 生 児 の 数	単 胎 ・ 多 胎（ 児 ）
	上記のとおり相違ないことを証明する。 住 所 〒 職 名（ ）氏 名 印 電 話			年 月 日
	本 籍		筆 頭 者 氏 名	
	出生届出日	年 月 日	出生児氏名	出生年月日 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 市区町村長名 印			年 月 日

添付書類

- ◇ 出産育児一時金等 申請・受取代理契約書(合意書)控の写し
- ◇ 分娩費内訳明細書(領収書)の写し（産科医療補償制度の対象分娩の場合は所定の押印が必要）

この請求書には、医師又は助産師証明欄並びに市区町村長証明欄がありますが、これらの欄は給付金の請求事務を円滑に行うために設けているものです。
しかしながら、健康保険法施行規則における医師又は助産師証明、市区町村長証明の取扱いについては、被保険者等が請求する場合はこれらのうちどちらかを
請求書に添付したうえ健保組合に提出することとされております。

つきましては、施行規則による方法で請求される場合は、被保険者記入欄についてのみ記入した請求書に、医師又は助産師の証明書又は、市区町村長の証明書を添付のうえ提出していただいて結構です。

同意書

私（海外出産をした者）は、岩谷産業健康保険組合又は岩谷産業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。

I, as a person who deliver overseas, authorize Iwatani Corporation 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 Day

・ 海外出産をした者

(氏名 (自署)) _____ 印

(住所) _____

(生年月日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

・ Person who deliver overseas

(Name) _____

(Address) _____

(Date of birth) _____ Year _____ Month _____ Day