

• For births using the Direct Payment System or Representative Receipt System

常務理事	事務長	担当	係

健康保險	被保險者
Health Insurance	Insured Person
	家族
	Family Member

出産育児一時金請求書  
Claim for Childbirth and Childcare Lump-sum Grant

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	① 被保険者等の Insured Person's	記号 Symbol ※記号・番号が不明の場合は、番号欄に社員番号をご記入ください。 *If the Symbol/Number is unknown, please fill in your employee number in the number field.	番号 Number	② 被保険者 (請求者) の氏名 Name of Insured Person (Claimant)			
	④ 被保険者 (請求者) の現住所	(〒                      ) Current Address of Insured Person (Claimant)					
	⑤ 被保険者の 資格取得日 Insurance Status Acquisition Date	年                      月                      日 YYYY                      MM                      DD			⑥ 事業所の名称 Business Entity Name		
	⑦ 出生者が家族 (被扶養者)の場合 If a family member (dependent) giving birth	氏名 Name	⑧ 続柄 Relationship		⑨ 生年月日 Birth Date	年                      月                      日 YYYY                      MM                      DD	
	⑩ 出産年月日 Delivery Date	年                      月                      日 YYYY                      MM                      DD			⑪ 出産した医療 機関の名称 Name of Medical Care Facility		
	⑫ 出生児の Newborn Baby's	氏名 Name	生産児数 Number of Live Birth 人 people		死産児数 Number of Still Birth 人 people	妊娠経過期間 Duration of Pregnancy 週 week(s)	
	⑭ 出産した方が Person who gave birth	・被保険者 → 退職後6ヶ月以内の出産ですか Insured Person: Is birth within 6 months after retirement ? ・被扶養者 → FR健保扶養認定後6ヶ月以内の出産ですか Dependent: Is birth within 6 months after joining FR Health Insurance Organization ?				はい・いいえ Yes/No	
	はいの場合 If you answered Yes	・被保険者 → 現在加入されている ・被扶養者 → 扶養認定前に加入していた ・Insured Person → Currently enrolled in ・Dependent → Enrolled in before dependent certification				健康保険組合名称 Name of Health Insurance Organization	
	記号・番号 Symbol/Number						
	同一の出産について、上記の健康保険組合より 出産育児一時金を Regarding the Childbirth and Childcare Lump-sum Grant from the above Health Insurance Organization for the same birth	受けた 受ける予定 Received/Plan to receive		受けない Will not receive			
<b>給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。</b> <b>In general, benefits will be paid to the salary transfer account.</b> 尚、給与振込口座へ振り込みを希望されない方は、以下いずれかにチェックを入れてください。(被保険者名義の口座に限る) If you do not want benefits to be paid to the salary transfer account, check one of the following. (Only accounts in the name of the insured)							
<input type="checkbox"/>	マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 I will use the public fund-receiving account pre-registered on Mynportal, etc. 注) 口座情報の反映には、登録から数日を要します。 Note: It takes several days for account information to be reflected after registration.						
<input type="checkbox"/>	給与振込口座、マイナポータル等で事前登録した公金受取口座以外を希望します。 I want benefits to be paid to an account other than the salary transfer account/public fund-receiving account pre-registered on Mynportal, [必要添付書類] 金融機関名称、支店名、口座番号、口座名義の確認できるもののコピー [Required attached document] A copy of a document that can confirm financial institution name, branch name, account number, and account holder name. 注1) 海外送金はできません。 Note 1: Overseas remittance is not possible. 注2) 電子マネーでの送金はできません。 Note 2: Remittances using electronic money are not possible.						

<div>証明欄</div> <div>※証明を受けなければならない</div>	<div>医師・助産師による証明の場合 In the case of certification by physician/midwife</div>									
	<div>出生した年月日</div> <div>Delivery Date</div>		<div>年 月 日</div> <div>YYYY MM DD</div>		<div>生産または死産の別</div> <div>Live Birth or Stillbirth</div>		<div>生産・死産（妊娠 週 日）</div> <div>Live birth/Stillbirth (pregnancy: weeks days)</div>			
	<div>出生児の数</div> <div>Number of Newborn Baby</div>		<div>単胎・多胎（ 児）</div> <div>Single birth/Multiple birth (fetal number)</div>		<div>備考</div> <div>Remarks</div>					
	<div>上記の通り相違ないことを証明する。</div> <div>I hereby certify that the above is correct.</div>									
	<div>医療施設の所在地・名称</div> <div>Location/Name of the medical care facility</div>									
	<div>医師・助産師の氏名</div> <div>Name of the doctor or midwife</div>									
	<div>市区町村による証明の場合 In the case of certification by municipal office</div>									
	<div>本 籍</div> <div>Domicile</div>				<div>筆頭者氏名</div> <div>Head of Family's Name</div>					
	<div>出生届出日</div> <div>Date Birth Registration</div>		<div>年 月 日</div> <div>YYYY MM DD</div>		<div>出生児氏名</div> <div>Newborn Baby's Name</div>		<div>出生年月日</div> <div>Delivery Date</div>		<div>年 月 日</div> <div>YYYY MM DD</div>	
	<div>上記の通り相違ないことを証明する。</div> <div>I hereby certify that the above is correct.</div>									
<div>市区町村長名</div> <div>Name of Municipality Head</div>										

**〔注意事項〕 Important Notes**

受付日付印

1. 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請を希望する場合は 健保組合までご相談ください。  
If you wish to apply using your My Number instead of your insurance card symbol/number, please consult with the FR Health Insurance Organization.

直接支払制度を利用しない場合

When not using the system of direct payment of Childbirth and Childcare Lump-sum Grant to medical care facilities

≫ ☐ 医療機関等から交付される合意文書の写し

（直接支払制度を利用しない旨、及び請求先の保険者が当組合である旨を記載したもの）

Copies of agreements from the medical care facility

(Documents demonstrating that you have not concluded a proxy agreement with the medical care facility on use of the system of direct payment of Childbirth and Childcare Lump-sum Grant to medical care facilities and indicating the name of the Health Insurance Organization as application recipient)

☐ 出産費用の領収・明細書の写し

（産科医療補償制度対象分娩の場合、その旨が確認できる所定印が押印されているもの）

Copies of receipts for and details of childbirth expenses

(Documents demonstrating that you have concluded a proxy agreement with the medical facility to use the system of direct payment of Childbirth and Childcare Lump-sum Grant to medical care facilities and, if giving birth at a facility that is a member of the maternity medical care compensation scheme, showing printed or stamped text certifying that the childbirth took place at a member facility)

海外出産の場合 When you give a childbirth overseas

≫ ☐ 出産をした方の同意書

Letter of Consent from the person who gave birth

☐ パスポートもしくは航空券等の写し（氏名及び海外に渡航した事実が確認できる書類）

Copy of passport or airline ticket, etc. (documents confirming name and overseas travel)

☐ 下記の証明欄に証明が受けられない場合、出生証明及びその翻訳

（翻訳には翻訳者の住所・氏名の記載と押印が必要となります。）

If certification cannot be obtained in the section below, birth certificate and its translation

(The translation must include the translator's address, name, and seal)