

If your childbirth expenses are less than the amount of the Childbirth and Childcare Lump-sum Grant paid, the difference will be automatically paid by the Health Insurance Organization as a "Partial Payment of the Childbirth and Childcare Lump-sum Grant", so there is no need to apply.

常務理事	事務	Example

健康保険
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 To be Completed by Insured Person	① 被保険者等の Insured Person's	記号 Symbol 1234	番号 Number 12345678	② 被保険者 (請求者) の氏名 Name of Insured Person (Claimant)	John Smith		
	④ 被保険者 (請求者) の現住所	(〒 —) Current Address of Insured Person (Claimant) Please fill in your current address.					
	⑤ 被保険者の 資格取得日 Insurance Status Acquisition Date	2011 年 4 月 1 日 YYYY MM DD		⑥ 事業所の名称 Business Entity Name	* * * * CO., LTD.		
	⑦ 出産者が家族 (被扶養者)の場合 If a family member (dependent) giving birth	氏名 Name	Jane Smith		Please fill in your name of company		
	⑩ 出産年月日 Delivery Date	2024 年 12 月 1 日 YYYY MM DD		⑪ 出産した医療 機関の名称 Name of Medical Care Facility	* * * * Hospital		
	出生児の Newborn Baby's	⑫ 氏名 Name	Jack Smith		生産児数 Number of Live Birth	死産児数 Number of Still Birth	妊娠経過期間 Duration of Pregnancy
					1 人 people	人 people	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 Insured Person → Currently enrolled in ・被扶養者 → 扶養認定前に加入していた 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 Received/Plan to receive	受けない Will not receive	
給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。 In general, benefits will be paid to the salary transfer account. 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.							
<input type="checkbox"/> 給与振込口座、マイナポータル等で事前登録。I want benefits to be paid to an account other than the salary transfer account. [必要添付書類] 金融機関名称、支店名、口座 [Required attached document] A copy of a document that account holder name.	Only if you want benefits to be paid to <u>an account other than the salary transfer account</u> , check the appropriate box.						
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.							

証 明 欄 * Please obtain certification from either one of the following	医師・助産師による証明の場合 In the case of certification by physician/midwife									
	⑬ 出産した年月日 Delivery Date		年 YYYY	月 MM	日 DD	生産または死産の別 Live Birth or Stillbirth	生産・死産(妊娠) 週 日 Live birth/Stillbirth (pregnancy: weeks days)			
	出生児の Number of Newborn		上記の通り相違ないことを証明する。 I hereby certify that the above is correct.				日 DD			
	医療施設 Location/Name of		医師・助産師 Name of the							
	市区町村による証明の場合 In the case of certification by municipal office									
	本籍 Domicile		筆頭者氏名 Head of Family's Name							
	出生届出日 Date of Birth Registration	年 YYYY	月 MM	日 DD	出生児氏名 Newborn Baby's Name	出産年月日 Delivery Date	年 YYYY	月 MM	日 DD	
	上記の通り相違ないことを証明する。 I hereby certify that the above is correct.							年 YYYY	月 MM	日 DD
	市区町村長名 Name of Municipality Head							(印)		

〔注意事項〕 Important Notes

- 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.

受付日付印

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)