

出産育児一時金支給申請書の提出について

- ・ 加入者が妊娠４ヵ月（８５日）以上で出産し、医療機関等で出産育児一時金の直接支払制度を利用していない場合の出産費用の補助を受ける場合にご使用ください。（早産、死産、流産、人工妊娠中絶も支給対象です）
- ・ 申請書は２ページです。漏れなく正確にご記入ください
- ・ 給付を受ける権利は消滅時効の起算日から２年で時効になります。（起算日は出産した日の翌日）

添付書類

日本国内で出産した場合	①医療機関等から交付される直接支払制度を利用していないことを証明する書類の写し ②産科医療保障制度の対象分娩であることが明記された領収・明細書の写し 産科医療保障制度の対象分娩である場合のみ
海外で出産した場合	①出産を担当した海外の医療機関等の意思・助産師の証明書 ②出産した日（期間）において、実際に海外に渡航していた事実が確認できる書類 例）パスポートの写し、査証（ビザ）の写し、航空チケットの写し ③同意書 証明書等が外国語で記載されている場合、翻訳文を添付してください （翻訳文には、翻訳者が署名し住所及び電話番号を記入してください）

支給額

■ 令和５年４月以降の出産	・ 産科医療保障制度に加入している医療機関等で出産した場合 一児につき５０万円 ・ 産科医療保障制度に未加入の医療機関等で出産した場合 一児につき４８万８千円
■ 令和５年３月３１日以前の出産	・ 産科医療保障制度に加入している医療機関等で出産した場合 一児につき４２万円 ・ 産科医療保障制度に未加入の医療機関等で出産した場合 一児につき４０万８千円

- ・ 海外で出産した場合、産科医療保障制度に未加入の医療機関等で出産した場合の支給額です。

記入例 出産育児一時金支給申請書

- ・申請書は、ボールペン等の消えないペンでご記入ください。
- ・訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消して、正しい内容をご記入ください。

「資格確認のお知らせ」等に
記載されている記号と番号
をご記入ください

健保使用欄は記入不要です

「振込先指定口座」または
「受取代理人の欄」どちらかを
ご記入ください。

被保険者(申請者)情報	1	記号	番号	生年月日
	被保険者 (右づめ)	5 6 1	0 0 0 0 0	平成5年5月2日
氏名	(フリガナ)	ケンボ タロウ 健保 太郎		事業所名称 ユニプレス(株)
	住所	(〒 000 - 0000)	〇〇 市 〇〇 町 〇-〇	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 080 (0000) 0000			

☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)

「振込先指定口座」または「受取代理人の欄」のどちらかを選んで記入して下さい。

受取代理人の欄

本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 5 年 12 月 12 日

氏名 **健保 太郎** 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ。

代理人の事業所（工場）又は住所
代理人の氏名

③ マイナンバーを記載した場合は、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。

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

202310改定

受付目付印

記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄にマイナンバーをご記入ください。
マイナンバーを記入した場合は、以下の添付書類が必要です。

- ①身元確認を行うための書類(いずれか1点)
・被保険者の個人番号カード(表面)の写し、運転免許証の写し、パスポートの写し
その他官公署が発行する写真付き身分証明書の写し
- ②番号確認を行うための書類(いずれか1点)
・被保険者の個人番号カード(裏面)の写し、被保険者の個人番号が記載された住民票が住民票記載事項証明書

同意書
Letter of Consent

ユニプレス健康保険組合 御中

私（海外出産をした者）は、ユニプレス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: UNIPRES Health Insurance Association

I, as a person who deliver overseas, authorize UNIPRES Health Insurance Association 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 2024 年 12 月 1 日

・ Delivery date Year 2024 Month 12 Day 1

・ 海外出産をした者

(氏名（自署）) 健保 花子

(住所) 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇-〇〇

(生年月日) 1990 年 1 月 1 日

・ Person who deliver overseas

(Name) Hanako Kenpo

(Address) 〇〇〇-〇〇 〇〇-chou 〇〇-shi, 〇〇

(Date of birth) Year 1990 Month 1 Day 1