

《記入例》被保険者が直接支払制度・受取代理制度を利用せずに出産した場合 1ページ目  
 ★多胎分娩でも請求書は1部でOK

|       |               |    |    |   |   |   |   |   |      |     |   |   |   |
|-------|---------------|----|----|---|---|---|---|---|------|-----|---|---|---|
| 支給決議書 | 支給額<br>①-②+③  | 百万 | 拾万 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 | 常務理事 | 事務長 | 係 | 係 |   |
|       | 内<br>法 定 ①    |    |    |   |   |   |   |   |      |     |   |   |   |
|       | 法 定 (代理受取額) ② |    |    |   |   |   |   |   |      |     |   |   |   |
|       | 付 加 ③         |    |    |   |   |   |   |   |      |     |   |   |   |
|       | 分娩年月日         | 平成 |    |   |   |   |   |   | 得    | 昭・平 | 年 | 月 | 日 |
|       | 直接支払制度精算状況    | 平成 |    |   |   |   |   |   | 喪    | 平成  | 年 | 月 | 日 |

記入不要

ソニー健康保険組合 理事長殿  
 健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・出産育児一時金付加金 請求書

|                |   |
|----------------|---|
| ① 被保険者証の記号・番号  | 記号 999 番号 999999  |
| ② 被保険者の氏名・押印   | 健保 明子   |
| ③ 被保険者の住所      | 〒999-9999<br>〇〇県△△市××9-9  |
| ④ 日中連絡の取れる電話番号 | <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 : 9999 - 99 - 9999<br><input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 : 090 - 9999 - 9999 |
| ⑤ 被保険者の本籍会社名   | 〇〇××株式会社  |
| ⑥ 被保険者の資格取得日   | 昭(平)8年4月1日  |

※被保険者本人が氏名を記入した場合、押印不要  
 ※押印の際は、シャチハタ・日付印不可

被保険者証に記載されている「資格取得日」を記入

|                              |                        |  |
|------------------------------|------------------------|--|
| ⑦ 家族(被扶養者)が分娩したための請求の場合はその者の | (a) 氏名                 |  |
|                              | (b) 生年月日               | 記入不要   |
|                              | (c) 扶養認定               | ※家族の被保険者証に記載されている資格認定日を記入  |
|                              | (d) 扶養認定日から6か月以内の分娩ですか | <input type="checkbox"/> いいえ ⇒ ⑩は記入不要です<br><input checked="" type="checkbox"/> いい ⇒ ⑩は記入不要です |

多胎の場合は氏名を併記

|                        |                   |   |   |
|------------------------|-------------------|---|---|
| ⑧ 分娩年月日                | 平成 24 年 12 月 15 日 | ⑨ 分娩をした医療機関名                              | 〇〇〇産婦人科医院   |
| ⑩ 出生児の氏名               | 健保 まゆ             | ⑪ 被保険者と出生児の続柄                             | 長女 ※長男・長女等を記入   |
| ⑬で「いいえ」の場合は被保険者名義の口座記入 |                   | ⑫ この請求書を提出する時点で被保険者が退職している、<br>することがありますか | <input type="checkbox"/> はい ⇒ ⑬へ<br><input checked="" type="checkbox"/> いいえ ⇒ ⑮～(⑬～⑭記入不要) |
|                        |                   | ⑭ 退職後の健康保険制度(任意継続医療制度)に加入していますか           | <input type="checkbox"/> はい ⇒ ⑮～⑯記入不要<br><input type="checkbox"/> いいえ ⇒ ⑮～⑯記入不要           |

|          |     |                         |               |
|----------|-----|-------------------------|---------------|
| ⑭ 振込希望口座 | 銀行  | 銀行 普通 店 番<br>支店 当座 口座番号 | フリガナ<br>名義人氏名 |
|          | 郵便局 | 記号 番号                   | フリガナ<br>名義人氏名 |

|                  |  |
|------------------|--|
| ⑮ 委任状 (押印必須)     | 私は⑥に記載の事業所を代理人と定め、上記のとおり請求した出産育児一時金及び同付加金の受領を委任します。<br>平成 24 年 12 月 20 日 |
| ●外国国籍を有する方のみサイン可 | 被保険者住所 〇〇県△△市××9-9<br>被保険者氏名 健保 明子                                       |

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| 【必要添付書類】                          | [1] 直接支払制度(※1)を利用して分娩した場合<br><input type="checkbox"/> 分娩した医療機関等から交付される『領収明細書(分娩費用の内訳が分かる明細書)』(※3)の写し   |
|                                   | [2] 直接支払制度(※1)・受取代理制度(※2)を利用せずに出産した場合<br><input checked="" type="checkbox"/> 分娩した医療機関等から交付される代理契約に関する『合意文書』(※4)の写し<br><input checked="" type="checkbox"/> 分娩した医療機関等から交付される『領収明細書(分娩費用の内訳が分かる明細書)』(※3)の写し<br><input checked="" type="checkbox"/> 2ページ目⑬に、分娩をした医療機関または市区町村役場にて出生の証明を受けて下さい。<br>(出生証明書(原本)、出生届受理証明書(原本)、戸籍抄本(原本)いずれか1点の添付でも可)                             |
| 必要書類が添付されているかご提出前にチェック(☑)をお願いします。 | ※1 直接支払制度とは、分娩予定の医療機関等と被保険者が代理契約を締結することにより、出産育児一時金(法定給付額のみ)を限度にソニー健保から医療機関等へ分娩費用を直接支払う制度です。<br>※2 受取代理制度とは、分娩予定の医療機関等を受取代理人とし被保険者がソニー健保へ事前に申請することにより、医療機関等が被保険者に代わって出産育児一時金(付加給付額含む)を受け取る制度です。<br>※3 医療機関等により、名称が異なりますのでご注意ください。(例:分娩費用明細書・出産費用明細書 など)また、産科医療補償制度対象分娩で、『領収明細書』に所定スタンプの押印がない場合は、押印が確認できるその他の書類(領収書等)の写しも添付して下さい。<br>※4 受取代理制度を導入している医療機関等で分娩した場合には不要です。 |

[注意事項]  
 1. 訂正した場合は、必ず訂正印を押して下さい。  
 2. 提出された請求書及び添付書類については、返却・写しの送付等は一切致しません。(書類不備の場合を除く)

[個人情報保護に関して]  
 ※個人情報保護ポリシー(基本方針)に則り、取り組みを推進しています。  
 ※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。  
 1. 法令に基づく場合  
 2. 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき  
 3. 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき  
 4. 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき  
 ※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。  
 〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニー本社ビル11階 ソニー健康保険組合 TEL: 050-3807-5059

《記入例》被保険者が直接支払制度・受取代理制度を利用せずに出産した場合 2ページ目

|             |        |           |
|-------------|--------|-----------|
| 被保険者証の記号・番号 | 記号 999 | 番号 999999 |
| 被保険者の氏名     | 健保 明子  |           |

⑯「資格喪失後出産育児一時金」を請求する方はご記入ください。  
(任意継続をしている間に分娩した場合は必要ありません)

|   |  |
|---|--|
| [1] ソニー健保の資格喪失後にあなたが加入している健保組合等の名称と電話番号 | ( ) 健康保険組合<br>健康保険協会 ( ) 支部<br>国民健康保険 ( ) 市区町村<br>番号 ( ) |
| [2] [1]の被保険者証の記号・番号                     |  |
| [3] [1]の被保険者氏名・被保険者と家族との続柄              | 氏名 続柄  |

記入不要

⑰「家族出産育児一時金」を請求する方で、家族(被扶養者)が扶養認定日[オモテ⑦-(c)]から6ヵ月以内に分娩した方はご記入ください。

|  |  |
|--|--|
| [1] 家族がソニー健保に被扶養者として認定される前に加入していた健保組合等の名称と電話番号 | ( ) 健康保険組合<br>全国健康保険協会 ( ) 支部<br>国民健康保険 ( ) 市区町村<br>番号 ( ) |
| [2] [1]の被保険者証の記号・番号                            |  |
| [3] [1]の被保険者氏名・被保険者と家族との続柄                     | 続柄   |
| [4] [1]での保険加入期間                                | 略・平 年 月 日～平成 年 月 日   |
| [5] 家族が勤務していた会社名と電話番号                          | 会社名<br>電話番号 ( )  |

記入不要

⑱「直接支払制度」を利用しなかった方は医師・助産師又は市区町村長から証明を受けてください。

|           |                              |                        |                   |                   |
|-----------|------------------------------|------------------------|-------------------|-------------------|
| 医師・助産師の証明 | 分娩した者の氏名                     | 健保 明子                  | 分娩年月日             | 平成 24 年 12 月 15 日 |
|           | 出生児の数                        | 単胎・多胎( )児              | 生産・死産の別           | 生産・死産(妊娠 週)       |
|           | 上記の通り相違ありません                 |                        | 平成 24 年 12 月 21 日 |                   |
|           | 医療機関<br>医療機関<br>医師・助産師<br>電話 | 病院または、市区町村役場で証明をしてもらおう |                   |                   |
| 市区町村長の証明  | 本籍                           |                        | 出生届出日             | 平成 年 月 日          |
|           | 筆頭者氏名                        |                        | 出生年月日             | 平成 年 月 日          |
|           | 出生児氏名                        |                        |                   |                   |
|           | 上記の通り相違ありません                 |                        | 平成 年 月 日          |                   |
|           | 市区町村長名                       |                        | Ⓣ                 |                   |
|           | 電話番号                         | ( )                    |                   |                   |

〔注意事項〕

1. 市区町村の証明を受ける場合で直接請求書に証明を受けられないときは、出生証明書（原本）、出生届受理証明書（原本）、又は戸籍抄本（原本）のいずれか1点を添付して下さい。

《記入例》被扶養者が直接支払制度・受取代理制度を利用せずに出産した場合 1ページ目  
 ★多胎分娩でも請求書は1部でOK

|            |               |    |    |   |   |   |   |   |      |     |   |   |
|------------|---------------|----|----|---|---|---|---|---|------|-----|---|---|
| 支給決議書      | 支給額<br>①-②+③  | 百万 | 拾万 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 | 常務理事 | 事務長 | 係 | 係 |
|            | 内<br>法 定 ①    |    |    |   |   |   |   |   |      |     |   |   |
|            | 法 定 (代理受取額) ② |    |    |   |   |   |   |   |      |     |   |   |
|            | 付 加 ③         |    |    |   |   |   |   |   |      |     |   |   |
|            | 分娩年月日         | 平成 |    |   |   |   |   |   | 得    | 昭・平 | 年 | 月 |
| 直接支払制度精算状況 | 平成            |    |    |   |   |   |   | 喪 | 平成   |     |   |   |

記入不要

ソニー健康保険組合 理事長殿  
 健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・出産育児一時金付加金 請求書

|                              |   |
|------------------------------|---|
| ① 被保険者証の記号・番号                | 記号 999 番号 999999  |
| ② 被保険者の氏名・押印                 | 健保 太郎   |
| ③ 被保険者の住所                    | 〒999-9999<br>〇〇県△△市××99-99  |
| ④ 日中連絡の取れる電話番号               | <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 : 9999 - 99 - 9999<br><input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 : 090 - 9999 - 9999   |
| ⑤ 被保険者の本籍会社名                 | 〇〇××株式会社 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">被保険者証に記載されている「資格取得日」を記入</span>  |
| ⑥ 被保険者の資格取得日                 | 昭・平 8 年 4 月 1 日   |
| ⑦ 家族(被扶養者)が分娩したための請求の場合はその者の | (a) 氏名 : 健保 花子  |
|                              | (b) 生年月日 : 昭・平 50 年 4 月 14 日  |
|                              | (c) 扶養認定日 : 昭・平 24 年 12 月 1 日 <small>※家族の被保険者証に記載されている資格認定日を記入</small>  |
|                              | (d) 扶養認定日から6ヵ月以内の分娩ですか : <input checked="" type="checkbox"/> はい ⇒ ⑩の記入が必要です<br><input type="checkbox"/> いいえ ⇒ ⑩は記入不要です  |
| ⑧ 分娩年月日                      | 平成 24 年 12 月 15 日   |
| ⑨ 分娩をした医療機関名                 | 〇〇〇産婦人科医院   |
| ⑩ 出生児の氏名                     | 健保 一郎   |
| ⑪ 被保険者と出生児の続柄                | 長男 <small>※長男・長女等を記入</small>  |
| ⑬で「いいえ」の場合は被保険者名義の口座記入       | <input type="checkbox"/> はい ⇒ ⑬へ<br><input checked="" type="checkbox"/> いいえ ⇒ ⑮～⑰(⑬～⑱記入不要)<br><input type="checkbox"/> はい ⇒ ⑱～⑲記入不要<br><input type="checkbox"/> いいえ ⇒ ⑱～⑲記入不要   |
| ⑭ 振込希望口座                     | 銀行 普通 店 番 〇〇〇〇<br>支店 当座 口座番号 〇〇〇〇<br>銀行か郵便局のどちらか一方を記入<br>郵便局 記号 番号 〇〇〇〇<br>フリガナ 〇〇〇〇<br>名義人氏名 〇〇〇〇  |
| ⑮ 委任状 (押印必須)                 | 私は⑥に記載の事業所を代理人と定め、上記のとおり請求した出産育児一時金及び同付加金の受領を委任します。<br>平成 24 年 12 月 20 日<br>被保険者住所 〇〇県△△市××99-99<br>被保険者氏名 健保 太郎  |
| 【必要添付書類】                     | 必要書類が添付されているかご提出前にチェック(☑)をお願いします。<br>[1] 直接支払制度(※1)を利用して分娩した場合<br><input type="checkbox"/> 分娩した医療機関等から交付される『領収明細書(分娩費用の内訳が分かる明細書)』(※3)の写し<br>[2] 直接支払制度(※1)・受取代理制度(※2)を利用せずに出産した場合<br><input checked="" type="checkbox"/> 分娩した医療機関等から交付される代理契約に関する『合意文書』(※4)の写し<br><input checked="" type="checkbox"/> 分娩した医療機関等から交付される『領収明細書(分娩費用の内訳が分かる明細書)』(※3)の写し<br><input checked="" type="checkbox"/> 2ページ目⑮に、分娩をした医療機関または市区町村役場にて出生の証明を受けて下さい。<br>(出生証明書(原本)、出生届受理証明書(原本)、戸籍抄本(原本)いずれか1点の添付でも可)<br>※1 直接支払制度とは、分娩予定の医療機関等と被保険者が代理契約を締結することにより、出産育児一時金(法定給付額のみ)を限度にソニー健保から医療機関等へ分娩費用を直接支払う制度です。<br>※2 受取代理制度とは、分娩予定の医療機関等を受取代理人とし被保険者がソニー健保へ事前に申請することにより、医療機関等が被保険者に代わって出産育児一時金(付加給付額含む)を受け取る制度です。<br>※3 医療機関等により、名称が異なりますのでご注意ください。(例:分娩費用明細書・出産費用明細書 など)<br>また、産科医療補償制度対象分娩で、『領収明細書』に所定スタンプの押印がない場合は、押印が確認できるその他の書類(領収書等)の写しも添付して下さい。<br>※4 受取代理制度を導入している医療機関等で分娩した場合には不要です。 |

【注意事項】  
 1. 訂正した場合は、必ず訂正印を押して下さい。  
 2. 提出された請求書及び添付書類については、返却・写しの送付等は一切致しません。(書類不備の場合を除く)

【個人情報保護に関して】  
 ※個人情報保護ポリシー(基本方針)に則り、取り組みを推進しています。  
 ※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。  
 1. 法令に基づく場合  
 2. 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき  
 3. 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき  
 4. 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき  
 ※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。  
 〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニー本社ビル11階 ソニー健康保険組合 TEL: 050-3807-5059

《記入例》被扶養者が直接支払制度・受取代理制度を利用せずに出産した場合 2ページ目

|             |        |           |
|-------------|--------|-----------|
| 被保険者証の記号・番号 | 記号 999 | 番号 999999 |
| 被保険者の氏名     | 健保 太郎  |           |

⑯「資格喪失後出産育児一時金」を請求する方はご記入ください。  
(任意継続をしている間に分娩した場合は必要ありません)

|   |                                  |
|---|----------------------------------|
| [1] ソニー健保の資格喪失後にあなたが加入している健保組合等の名称と電話番号 | ( ) 健康保険組合<br>( ) 支部<br>( ) 市区町村 |
| [2] [1]の被保険者証の記号・番号                     |                                  |
| [3] [1]の被保険者氏名・被保険者と家族との続柄              | 氏名 続柄                            |

記入不要

⑰「家族出産育児一時金」を請求する方で、家族(被扶養者)が扶養認定日[オモテ⑦-(c)]から6ヵ月以内に分娩した方はご記入ください。

|                                    |                                  |
|------------------------------------|----------------------------------|
| [1] 家族がソニー健保に被扶養されていた健保組合等の名称と電話番号 | ( ) 健康保険組合<br>( ) 支部<br>( ) 市区町村 |
| [2] [1]の被保険者証の記号・番号                |                                  |
| [3] [1]の被保険者氏名・被保険者と家族との続柄         | 本人                               |
| [4] [1]での保険加入期間                    | 平成 24 年 11 月 30 日                |
| [5] 家族が勤務していた会社名                   | 電話番号 ××× ( ××× ) ××××            |

扶養認定日から6ヵ月以内の分娩の場合記入必要

⑱「直接支払制度」を利用しなかった方は医師・助産師又は市区町村長から証明を受けてください。

|           |                       |                     |                   |                   |
|-----------|-----------------------|---------------------|-------------------|-------------------|
| 医師・助産師の証明 | 分娩した者の氏名              | 健保 花子               | 分娩年月日             | 平成 24 年 12 月 15 日 |
|           | 出生児の数                 | 単胎・多胎( )児           | 生産・死産の別           | 生産・死産(妊娠週)        |
|           | 上記の通り相違ありません          |                     | 平成 24 年 12 月 21 日 |                   |
|           | 医療機関<br>医療<br>医師<br>電 | 病院または、市区町村役場で証明をしよう |                   |                   |
| 市区町村長の証明  | 本<br>筆頭者氏名            |                     |                   |                   |
|           | 出生児氏名                 | 出生年月日               | 平成 年 月 日          |                   |
|           | 上記の通り相違ありません          |                     | 平成 年 月 日          |                   |
|           | 市区町村長名                | (印)                 |                   |                   |
|           | 電話番号                  | ( )                 |                   |                   |

〔注意事項〕

1. 市区町村の証明を受ける場合で直接請求書に証明を受けられないときは、出生証明書(原本)、出生届受理証明書(原本)、又は戸籍抄本(原本)のいずれか1点を添付して下さい。

《記入例》被保険者だったものが資格喪失後6ヶ月以内に  
 直接支払制度・受取代理制度を利用せずに出産した場合  
 ★多胎分娩でも請求書は1部でOK

|       |              |    |    |   |   |   |   |   |      |     |   |   |   |
|-------|--------------|----|----|---|---|---|---|---|------|-----|---|---|---|
| 支給決議書 | 支給額<br>①-②+③ | 百万 | 拾万 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 | 常務理事 | 事務長 | 係 | 係 |   |
|       | 内 法定 ①       |    |    |   |   |   |   |   |      |     |   |   |   |
|       | 法定(代理受取額)②   |    |    |   |   |   |   |   |      |     |   |   |   |
|       | 付加 ③         |    |    |   |   |   |   |   |      |     |   |   |   |
|       | 分娩年月日        | 平成 |    |   |   |   |   |   | 得昭平  |     | 年 | 月 | 日 |
|       | 直接支払制度精算状況   | 平成 |    |   |   |   |   |   | 喪    | 平成  |   |   | 日 |

記入不要

ソニー健康保険組合 理事長殿

健康保険 被保険者  
 家 族

出産育児一時金・出産育児一時金付加金 請求書

|                              |  |  |               |
|------------------------------|--|--|---------------|
| ① 被保険者証の記号・番号                | 記号 999   | 番号 999999                                    |               |
| ② 被保険者の氏名・押印                 | 健保 明子  | ※被保険者本人が氏名を記入した場合、押印不要<br>※押印の際は、シャチハタ・日付印不可 |               |
| ③ 被保険者の住所                    | 〒 999 - 9999<br>○○県△△市××9-9  |  |               |
| ④ 日中連絡の取れる電話番号               | <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 : 9999 - 99 - 9999<br><input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 : 090 - 9999 - 9999  |  |               |
| ⑤ 被保険者の本籍会社名                 | ○○××株式会社   |  |               |
| ⑥ 被保険者の資格取得日                 | 昭(平)8年4月1日   |  |               |
| ⑦ 家族(被扶養者)が分娩したための請求の場合はその者の | (a)氏名  |  |               |
|                              | (b)生年月日  |  |               |
|                              | (c)扶養認定  |  |               |
|                              | (d)扶養認定日から6ヶ月以内の分娩ですか？   | <input type="checkbox"/> いいえ ⇒ ⑦は記入不要です      |               |
| ⑧ 分娩年月日                      | 平成 24 年 12 月 15 日  | ⑨ 分娩をした医療機関名                                 | ○○○産婦人科医院     |
| ⑩ 出生児の氏名                     | 健保 まゆ  | ⑪ 被保険者と出生児の続柄                                | 長女 ※長男・長女等を記入 |
| ⑬ で「いいえ」の場合は被保険者名義の口座記入      | <input checked="" type="checkbox"/> はい ⇒ ⑬へ<br><input type="checkbox"/> いいえ ⇒ ⑮へ(⑬~⑭記入不要)<br><input type="checkbox"/> はい ⇒ ⑭~⑮記入不要<br><input checked="" type="checkbox"/> いいえ ⇒ ⑭へ(⑮記入不要)  |  |               |
| ⑭ 振込希望口座                     | 銀行 ○○ 銀行 普通 店番 999<br>○○ 支店 当座 口座番号 9999999  | フリガナ ケホ アキ<br>名義人氏名 健保 明子                    |               |
| ⑮ 委任状(押印必須)                  | 私は⑤に記載の事業所を代理人と定め、上記のとおり請求した出産育児一時金及び同付加金の受領を委任します。<br>被保険者住所 被保険者氏名   |  |               |
| 【必要添付書類】                     | [1] 直接支払制度(※1)を利用して分娩した場合<br><input type="checkbox"/> 分娩した医療機関等から交付される『領収明細書(分娩費用の内訳が分かる明細書)』(※3)の写し<br>[2] 直接支払制度(※1)・受取代理制度(※2)を利用せずに分娩した場合<br><input checked="" type="checkbox"/> 分娩した医療機関等から交付される代理契約に関する『合意文書』(※4)の写し<br><input checked="" type="checkbox"/> 分娩した医療機関等から交付される『領収明細書(分娩費用の内訳が分かる明細書)』(※3)の写し<br><input checked="" type="checkbox"/> 2ページ目⑮に、分娩をした医療機関または市区町村役場にて出生の証明を受けて下さい。(出生証明書(原本)、出生届受理証明書(原本)、戸籍抄本(原本)いずれか1点の添付でも可)<br>※1 直接支払制度とは、分娩予定の医療機関等と被保険者が代理契約を締結することにより、出産育児一時金(法定給付額のみ)を限度にソニー健保から医療機関等へ分娩費用を直接支払う制度です。<br>※2 受取代理制度とは、分娩予定の医療機関等を受取代理人とし被保険者がソニー健保へ事前に申請することにより、医療機関等が被保険者に代わって出産育児一時金(付加給付額含む)を受け取る制度です。<br>※3 医療機関等により、名称が異なりますのでご注意ください。(例:分娩費用明細書・出産費用明細書 など)また、産科医療補償制度対象分娩で、『領収明細書』に所定スタンプの押印がない場合は、押印が確認できるその他の書類(領収書等)の写しも添付して下さい。<br>※4 受取代理制度を導入している医療機関等で分娩した場合には不要です。 |  |               |

【注意事項】

- 訂正した場合は、必ず訂正印を押して下さい。
- 提出された請求書及び添付書類については、返却・写しの送付等は一切致しません。(書類不備の場合を除く)

【個人情報保護に関して】

※個人情報保護ポリシー(基本方針)に則り、取り組みを推進しています。  
 ※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。

- 法令に基づく場合
- 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。

〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニー本社ビル11階 ソニー健康保険組合 TEL: 050-3807-5059

《記入例》被保険者だったものが資格喪失後6ヶ月以内に  
直接支払制度・受取代理制度を利用せずに出産した場合

|             |        |           |
|-------------|--------|-----------|
| 被保険者証の記号・番号 | 記号 999 | 番号 999999 |
| 被保険者の氏名     | 健保 明子  |           |

⑯「資格喪失後出産育児一時金」を請求する方はご記入ください。  
(任意継続をしている間に分娩した場合は必要ありません)

|   |  |
|---|--|
| [1] ソニー健保の資格喪失後にあなたが加入した(現在加入している)健保組合等の名称と電話番号 | ( ) 健康保険組合<br>全国健康保険協会 ( ) 支部<br>国民健康保険 ( ) 市区<br>町村<br>電話番号 ×××(×××) ×××× |
| [2] [1]の被保険者証の記号・番号                             | 記号 ××× 番号 ×××  |
| [3] [1]の被保険者氏名・被保険者と家族との続柄                      | 氏名 健保 健一 続柄 妻  |

⑰「家族出産育児一時金」を請求する方で、家族(被扶養者)が  
扶養認定日[オモテ⑦-(c)]から6ヵ月以内に分娩した方はご記入ください。

|  |  |
|--|--|
| [1] 家族がソニー健保に被扶養者として認定される前に加入していた健保組合等の名称と電話番号 | ( ) 健康保険組合<br>全国健康保険協会 ( ) 支部<br>国民健康保険 ( ) 市区<br>町村<br>番号 ( ) |
| [2] [1]の被保険者証の記号・番号                            |  |
| [3] [1]の被保険者氏名・被保険者と家族との続柄                     | 続柄   |
| [4] [1]での保険加入期間                                | 略・平 年 月 日～平成 年 月 日   |
| [5] 家族が勤務していた会社名と電話番号                          | 会社名<br>電話番号 ( )  |

記入不要

⑱「直接支払制度」を利用しなかった方は  
医師・助産師又は市区町村長から証明を受けてください。

|           |                                |                       |                   |                   |
|-----------|--------------------------------|-----------------------|-------------------|-------------------|
| 医師・助産師の証明 | 分娩した者の氏名                       | 健保 明子                 | 分娩年月日             | 平成 24 年 12 月 15 日 |
|           | 出生児の数                          | 単胎・多胎( )児             | 生産・死産の別           | 生産・死産(妊娠 週)       |
|           | 上記の通り相違ありません                   |                       | 平成 24 年 12 月 21 日 |                   |
|           | 医療機関<br>医療機関<br>医師・助産師<br>電話番号 | 病院または、市区町村役場で証明をしてもらう |                   |                   |
| 市区町村長の証明  | 本<br>筆頭者氏名                     |                       |                   |                   |
|           | 出生児氏名                          | 出生年月日                 | 平成 年 月 日          |                   |
|           | 上記の通り相違ありません                   |                       | 平成 年 月 日          |                   |
|           | 市区町村長名                         | (印)                   |                   |                   |
|           | 電話番号                           | ( )                   |                   |                   |

〔注意事項〕

1. 市区町村の証明を受ける場合で直接請求書に証明を受けられないときは、出生証明書(原本)、出生届受理証明書(原本)、又は戸籍抄本(原本)のいずれか1点を添付して下さい。