

支給決議書	支給額	百万	拾万	万	千	百	十	円	常務理事	事務長	係	係		
	内 法定													
	付 加													
	分娩年月日	平成 年 月 日							資格	得	昭・平	年	月	日
	備考								喪	喪	平成	年	月	日

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 (海外)

被保険者が記入するところ	① 被保険者証の記号・番号		記号		番号			
	② 被保険者の氏名・押印		㊦ ※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					
	③ 被保険者の住所		〒 -					
	④ 日中連絡の取れる電話番号		☐自宅 ☐勤務先 ☐携帯 :		-		-	
	⑤ 被保険者の本籍会社名		※出向中の方は出向元会社(給与の支払を受けている会社) ※任意継続被保険者・特例退職被保険者記入不要					
	⑥ 被保険者の資格取得日		昭・平 年 月 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 :		昭・平 年 月 日			
			(c) 扶養認定日 :		昭・平 年 月 日 ※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 :		☐はい ⇒ ⑦の記入が必要です ☐いいえ ⇒ ⑦は記入不要です			
	⑧ 分娩年月日		平成 年 月 日		⑨ 分娩をした医療機関名			
	⑩ 出生児の氏名				⑪ 被保険者と出生児の続柄			
	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、もしくは1ヶ月以内に退職することがあきらかですか		☐はい ⇒ ⑬へ ☐いいえ ⇒ ⑮へ(⑬~⑭記入不要)					
	⑬ この請求書を提出する時点で退職後の健康保険制度(任意継続被保険者制度・特例退職者医療制度)に加入していますか		☐はい ⇒ ⑭~⑮記入不要 ☐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		フリガナ	
●銀行か郵便局のどちらか一方を記入		郵便局		支店 当座 口座番号		名義人氏名		
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。		平成 年 月 日		フリガナ		
●外国国籍を有する方のみサイン可		被保険者住所		被保険者氏名		㊦ ※シャチハタ、日付印不可		
出生証明書 Birth Certificate								
分娩した者の氏名		Name of mother		分娩年月日		Date of birth (MM/DD/CCYY)		
出産の種類		Kind of Birth		妊娠週数		Duration of pregnancy		
		Total number born live :		weeks and		days		
		Total number stillborn :						
医師の証明		上記のとおり証明する。 Certify the infomation provided above is true.					日付 Date _____	
		医療機関の所在地		Address of medical institution _____				
		医療機関の名称		Name of medical institution _____				
		担当医の氏名		Name of attending physician _____				
				サイン		Signature _____		

〔注意事項〕

- 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)、受 付 印又は戸籍抄本(原本)のいずれか1点を添付して下さい。
- 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

被保険者証の記号・番号	記号	番号
被保険者の氏名		

⑩「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 全国健康保険協会 () 支部 国民健康保険 () 市区 電話番号 () 町村
[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 続柄

⑪「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 全国健康保険協会 () 支部 国民健康保険 () 市区 電話番号 () 町村
[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 続柄
[4] [1]での保険加入期間	昭・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 電話番号 ()

《記入例》被保険者が海外で出産した場合 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	百万	拾万	万	千	百	十	円	常務理事	事務長	係	係	
	内訳	法定											
		付加											
	分娩年月日	平成	年	月	日	得	昭・平	年	月	日			
備考								格	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 出産育児一時金・出産育児一時金付加金 請求書 (海外)

被 保 険 者 が 入 す る と こ ろ	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	〒 - Akiko.Kenpo@ap.sony.com
	④ 日中連絡の取れる電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 : + 9 999 - 99 - 9999
	⑤ 被保険者の本籍会社名	〇〇××株式会社 被保険者証に記載されている「資格取得日」を記入
	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)扶養認定日 (d)扶養認定日
	多胎の場合は氏名を併記	記入不要
	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	×××Hospital
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	
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、もしくは1ヶ月以内に退職することがあきらかですか	<input type="checkbox"/> はい⇒ ⑬へ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ⇒ ⑮へ(⑬～⑭記入不要)	
⑬ この請求書を提出する時点で退職後の健康保険制度(任意継続被保険者制度・特例退職者医療制度)に加入していますか	<input type="checkbox"/> はい⇒ ⑭～⑮記入不要 <input type="checkbox"/> いいえ⇒ ⑭へ(⑮記入不要)	
⑭ 振込希望口座	銀行 普通 店番 支店 当座 口座番号 銀行か郵便局のどちらか一方を記入 郵便局 記号 番号	
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。 平成 24 年 12 月 20 日	
⑯ 委任状 (押印必須)	被保険者住所 △△△〇〇〇□□□USA 被保険者氏名 健保 明子	
出生証明書 Birth Certificate		
分娩した者の氏名 Name of mother	Akiko Kenpo	分娩年月日 Date of birth
出産の種類 Kind of Birth	Total number born live : 1 Total number stillborn : 0	妊娠週数 Duration of pregnancy
上記のとおり証明する。 Certify the information provided above is true.	日付 Date	12 / 21 / 2012
医療機関の所在地 Address of medical institution	999 ■■■●●●▲▲▲USA	
医療機関の名称 Name of medical institution	×××Hospital	
担当医の氏名 Name of attending physician	John Smith	サイン Signature

【注意事項】

- 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。
- 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》被保険者が海外で出産した場合 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 いる)健保組合等の名称と電話番号	() 健康保険組合 保険協会 () 支部 健康保険 () 市区 番号 () 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 全国健康保険協会 () 支部 健康保険 () 市区 番号 () 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	続柄
[4] [1]での保険加入期間	昭・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 電話番号 ()

記入不要

《記入例》被扶養者が海外で出産した場合 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	百万	拾万	万	千	百	十	円	常務理事	事務長	係	係	
	内訳	法定											
		付加											
	分娩年月日	平成	年	月	日	得	昭・平	年	月	日			
備考								格	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 出産育児一時金・出産育児一時金付加金 請求書 (海外)
家 族

被保険者	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	〒 - Taro.Kenpo@ap.sony.com
	④ 日中連絡の取れる電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 : + 9 999 - 99 - 9999 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 : - -
	⑤ 被保険者の本籍会社名	〇〇××株式会社 被保険者証に記載されている「資格取得日」を記入
	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か月以内の分娩ですか : <input checked="" type="checkbox"/> はい ⇒ ⑦の記入が必要です <input type="checkbox"/> いいえ ⇒ ⑦は記入不要です
多胎の場合は氏名を併記		
入するところ	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	×××Hospital
	⑩ 出生児の氏名	健保 一郎
	⑪ 被保険者と出生児の続柄	長女 <small>※長男・長女等を記入</small>
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、もしくは1ヶ月以内に退職することがあきらかですか	<input type="checkbox"/> はい ⇒ ⑬へ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ⇒ ⑮へ(⑬～⑮記入不要)	
⑬ この請求書を提出する時点で退職後の健康保険制度(任意継続被保険者制度・特例退職者医療制度)に加入していますか	<input type="checkbox"/> はい ⇒ ⑭～⑮記入不要 <input type="checkbox"/> いいえ ⇒ ⑭へ(⑮記入不要)	
⑭ 振込希望口座	銀行 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 店番 <input type="checkbox"/> 支店 当座 口座番号 <input type="checkbox"/> 銀行か郵便局のどちらか一方を記入 <input type="checkbox"/> 郵便局 記号 <input type="checkbox"/> 番号 <input type="checkbox"/>	
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。 平成 24 年 12 月 20 日 被保険者住所 △△△〇〇〇□□□USA 被保険者氏名 健保 太郎	

医師の証明	出生証明書 Birth Certificate			
	分娩した者の氏名 Name of mother	Hanako Kenpo	分娩年月日 Date of birth	12 / 15 / 2012 (MM/DD/CCYY)
	出産の種類 Kind of Birth	Total number born live : 1 Total number stillborn : 0	妊娠週数 Duration of pregnancy	38 weeks and 4 days
	上記のとおり証明する。 Certify the information provided above is true.			日付 Date
	医療機関の所在地 Address of medical institution	999 ■■■●●●▲▲▲USA		
医療機関の名称 Name of medical institution	×××Hospital			
担当医の氏名 Name of attending physician	John Smith	サイン Signature		

受 付 印

- 【注意事項】
- 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。
 - 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》被扶養者が海外で出産した場合 2ページ目

★⑩が記入不要の方は、2ページ目の提出は不要です。

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	

⑩「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 いる)健保組合等の名称と電話番号	() 健康保険組合 保険協会 () 支部 健康保険 () 市区 町村 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

⑪「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 いた	() 健康保険組合 全国健康保険協会 () 支部 国民健康保険 () 市区 町村 電話番号 ××× (×××) ××××
[2]	[1]	番号 ××××
[3]	[1]	花子 続柄 本人
[4]	[1]	4 月 1 日 ~ 平成 24 年 11 月 30 日
[5]	家族の勤務先() 電話番号 ××× (×××) ××××	××株式会社

扶養認定日から6ヵ月以内の分娩の場合記入必要