

健康 記入 欄	資格取得	昭・平・令	年	月	日	出産年月日	令和	年	月	日
	資格喪失	令和	年	月	日	支払年月	令和	年	月	日
	備考									

被保険者
家族

出産育児一時金支給申請書

〔海外〕

※1 マイナンバーの健康保険証情報または、「資格確認書」や「資格情報のお知らせ」にある記号・番号をご記入ください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の 記号と番号※1	記号	番号	事業所 の名称						
	被保険者の 氏名			生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日		
	被保険者の 住所	〒 _____ ☎：日中の連絡先 (_____)								
	提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)								
	出産の年月日	令和	年	月	日	出生児の数	単胎・多胎 (_____ 児)			
	出産した 医療施設 などの 名称	所在地								
	被扶養者の 出産のときは その者の 氏名			生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日		

医 師 ・ 助 産 師 が 証 明 す る と こ ろ	Certificate of Birth									
	出産年月日	Date of Delivery:								
	生産又は死産の別	Live born / Stillborn(Months of Pregnancy: _____)								
	生産児の数	Number of Birth: Single / Plural(_____)								
	I certify that above descriptions are Certain. (上記のとおり相違ないことを証明する。) Date (日付) Address (住所) Physician or Midwife (医師又は助産師) Signature (署名)									

◎振込先名称は必ず記入してください。なお、被保険者以外の受領を希望する場合は委任状に記入願います。

振 込 先 名 称	被保険者の公金受取口座を利用する場合は右記に <input checked="" type="checkbox"/> 。→ 利用しない場合は下記口座情報を記入。↓				<input type="checkbox"/> : 公金受取口座を利用します。				
	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協	本店 支店 出張所	預金種別	普通 当座 別段	支店番号	口座番号		
	預金者氏名 (カタカナ)	被保険者の氏名と異なる場合は必ずご記載願います。							

委 任 状	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。〒 _____								
	令和	年	月	日	住所	代理人 氏名			
	被保険者の氏名								

受付年月日

被保険者証の記号番号を記入の場合省略できます。

被保険者のマイナンバー

□□□□□□□□□□□□□□□□

※記入の際には別途添付書類が必要となります。給付課までお問い合わせ願います。

東京都医療健康保険組合 (8・4改)

海外出産の場合

健康保険の給付を受ける権利は**2年間**で消滅します。
出産育児一時金の時効の起算日は「出産日の翌日」となります。

【添付書類】

- 1) 渡航確認書類（①顔写真・旅券番号のページ ②入国・出国スタンプのページ）
※②がない場合は航空券の控えなど、入国・出国がわかる書類を添付願います。
- 2) 出生証明書（原本）または申請書内の医師・助産師の証明欄の記入
- 3) 2)の日本語翻訳（翻訳者の氏名及び住所、サインを記載してください。）
- 4) 分娩費用明細書
- 5) 分娩費用明細書の日本語翻訳（翻訳者の氏名及び住所、サインを記載してください。）

※ 「死産」の場合、妊娠〇〇日の記入を含む証明が必要であり、妊娠85日（4ヶ月）以上で分娩した場合のみ対象となります。

【振込先口座の注意事項】

- ・ 国外の送金を行わないため、国内の金融機関をご指定ください。
- ・ 口座名義がカナ登録の場合はカナで、ローマ字登録の場合はローマ字でご記入ください。
- ・ 被保険者以外の口座に入金希望の場合、委任状にご記入ください。

【支給金額】

・ 488,000円

【送付先】

〒160-0012
東京都新宿区南元町4番地
東京都医業健康保険組合
給付課 宛