健保記入欄					
前回までの支給期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間	備考			
出産年月日	令和　年　月　日	出産前　日～　日	日間		
出産予定日	令和　年　月　日	出産後　日～　日			
資格取得	昭・平・令　年　月　日	資格喪失	令和　年　月　日		

〔海　外〕　出産手当金支給申請書　（第　回目）

被保険者が記入するところ				
被保険者の記号と番号※	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
被保険者の住所及び連絡先	〒　－　☎：日中の連絡先　（　）			
出産年月日	令和　年　月　日			
出産予定日	令和　年　月　日			
申請期間 出産のために休んだ期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間			
上記の期間は出産前のものですか出産後のものですか	出産前　・　出産後　・　全期間			
上記の期間で事業所から給与等の報酬を受けましたか（またはこれから受けますか）	はい　・　いいえ			
出産した医療施設などの	名称			
	所在地			

◎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☑。→ 利用しない場合は下記口座情報を記入。↓			☐　：　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	預金種類	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 被保険者の氏名	〒　－ 住所 代理人 氏名

※マイナポータル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。

東京都医業健康保険組合（7.4改）

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

□□□□□□□□□□□□

※記入されますと別途添付書類が必要となります。
給付課までお問い合せ願います。

受付日付印

添付書類　①賃金台帳（写）〔申請期間とその前１ヶ月分〕、②出勤簿（写）、③欠勤控除計算方法
また、申請期間にかかる通勤手当を以前支給している場合は、支給した月の賃金台帳も添付してください。

事業主が証明する欄

賃金形態	□ 月給　□ 日給月給 □ 日給　□ 時間給 □ その他	賃金締切日	毎月　　日締め
		賃金支払日	□ 当月　□ 翌月　　日支払
労務に服さなかった期間	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで　　日間		

※ 出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は／でそれぞれ表示願います。

年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	出勤	有給
年　月																																日	日
年　月																																日	日
年　月																																日	日
年　月																																日	日
年　月																																日	日
年　月																																日	日

上記の期間に対して、賃金を支給しました（します）か。　□ はい　（計　　円）　□ いいえ

支給した賃金	□ 基本給　□ 住居手当　□ 扶養手当　□ 資格手当　□ その他（　　）
通勤手当	年　　月　　日～　　ヶ月分　金額　　円　□ 日割支給　□ 支給なし

上記のとおり相違ないことを証明します。
令和　　年　　月　　日

事業主の　住　所
氏　名

事業所の担当者氏名		連絡先部署及び電話番号	

医師又は助産師が意見をかくところ

患者氏名	Name of Patient(Last, First)：
出産年月日	Date of Delivery:
出産予定年月日	Due Date:
出産または死産の別	Live born / Stillborn (Months of Pregnancy:　　)
出生児の数	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）

同意書（Letter of Consent）

東京都医業健康保険組合　宛

　私（出産をした者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、東京都医業健康保険組合の職員又は東京都医業健康保険組合が委託した事業者が、私が提出した出産手当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: Tokyo Capital Medical practice health insurance association

I, as a person who deliver overseas, authorize Tokyo Capital Medical practice health insurance association or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to my application document(s) for Maternity 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　(Delivery Date)　＿＿＿＿年(Year)　＿＿月(Month)　＿＿日(Day)

・氏名　(Mother's legal name)　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・住所　(Address)　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・生年月日　(Date of birth)　＿＿＿＿年(Year)　＿＿月(Month)　＿＿日(Day)

・署名日　(Signed Date)　＿＿＿＿年(Year)　＿＿月(Month)　＿＿日(Day)