受付	支部	国保組合

出産育児一時金支給申請書

被保険者記号・番号	91 －		母の氏名		
出産年月日	年　月　日		母の資格取得年月日	年　月　日	
分娩の状況	正常	多胎	死産　週		
	※死産の場合、以下の記入は不要です。				
子の氏名					
性別	男・女	続柄			

※太枠のなかは申請者が記入してください。

医師（助産師）の証明

※住民票か母子手帳の写しがあれば医師の証明は必要ありません。

下記のとおりであることを証明します。

年　月　日

分娩日　年　月　日

妊娠週数　第　週（生産・死産）

医療機関

名称

所在地

担当医師

※母親が東京土建国保加入後６カ月以内に出産した時は、下の加入前の保険について記入してください。
社会保険に本人として１年以上加入していた場合、資格喪失後６カ月以内の出産は出産育児一時金を社会保険へ申請することができます。

東京土建国保に加入する以前の保険					
国民健康保険	市・区町・村	資格取得期間	年　月　日～　年　月　日		
社会保険（健保組合・共済・協会けんぽ）の本人	会社名				
	社保の名称				
	記号・番号		加入していた時の氏名		
	資格取得期間	年　月　日～　年　月　日			
社会保険（健保組合・共済・協会けんぽ）の扶養家族	社保の名称		記号		
			番号		
	社保本人の氏名		あなたとの続柄		
	資格取得期間	年　月　日～　年　月　日			
無保険	年　月　日　～　年　月　日				
前保険からの支給	支給済・可（申請済・申請未）		不可		

上記のとおり申請します。支給される給付金は、先に届け出たゆうちょ銀行総合口座に振り込んでください。

東京土建国民健康保険組合　理事長　殿		年　月　日
組合員	住所	（〒　－　）電話　（　）
	氏名	

注意事項

・「産科医療補償制度加入機関」スタンプ印が押され、「直接支払制度を利用していない」旨の記入がある医療機関・助産所の『領収書』のコピーを添付してください。
（「直接支払制度を利用していない」旨の記入がない場合は、「直接支払制度合意文書」のコピーも添付してください。）

※組合員本人の死亡により、相続人または組合員の遺言により指定された方が申請する場合は裏面も記入してください。

※海外で出産された場合は裏面も記入してください。

国保記入欄	支給決定額	処理	入力	確認	備考
	円				
	支給決定年月日				
	年　月　日				

2023.11改訂

※ <u>組合員本人が死亡</u>し、法定相続人または組合員の遺言により指定された方が申請する場合

組合員死亡に伴い、私が申請した出産育児一時金の受取に関する責任は、相続人代表である私が負いますので、貴国民健康保険組合に対して一切ご迷惑をおかけしません。

東京土建国民健康保険組合　理事長　殿　　年　　月　　日

相続人代表者氏名（受取人）		被相続人との関係	
住　所	（〒　　－　　）　電話　（　　）		
振込先 口座名義（カナ）			
振込先 ゆうちょ銀行口座番号	―　　―		
振込先 銀行等口座番号	銀行　農協 信用金庫　漁協 信用組合　労働金庫	支店	
振込先 銀行等口座番号	１．普通　２．当座　３．貯蓄		

上記に記入の上、組合員との関係が分かる書類（戸籍謄本・遺言書の写し等）を添付してください。

※ <u>海外で出産した</u>場合

調査に関わる同意書（海外出産に関わる出産育児一時金）
Agreement of Authorization

私（出産した者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿と、私の組合員＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、東京土建国民健康保険組合の職員あるいは、東京土建国民健康保険組合が委託した事業者が、出産育児一時金申請書類にある事実（出産を行った日時、場所、助産行為の内容）を確認するため、申請書類の提供等によって、助産行為を行った者や公的機関に照会を行い、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、本書の複写も本書と同じ効力があるものと認めます。

I as the Insured Person who has given birth to a child,＿＿＿＿＿＿and my union member,＿＿＿＿＿＿hereby authorize the Tokyo doken National Health Insurance Association Office and its staff, or its subcontractors to refer and obtain any and all factual information to verify my field or to be filed claim(s) for the Childbirth Lump-Sum Allowance including date of the birth, birth place, and any midwifery care records and information from medical organizations, midwives and public institutions by asking them to submit related application forms. The photocopy of this Agreement is considered effective and valid as the original.

<u>署名欄</u>
(Signature)

署名は、出産した被保険者本人が行ってください。なお次の場合は、親権者（本人が未成年の場合）、成年後見人（本人が成年被後見人の場合）、法定相続人（本人が死亡している場合）が署名してください。

The insured person who gave birth to a child shall sign their signature. However, in the following case, guardian (insured person in under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature instead.

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

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
(Signature)

日付 ＿＿＿＿年 ＿＿＿＿月 ＿＿＿＿日
(Date) (Year) (Month) (Day)

（出産した者との関係）　：　本人　・　親権者　・　後見人　・　法定相続人　・　その他〔　　〕
(Relation to the insured person who gave birth to a child)　(oneself)　(guardian)　(guardian of adult)　(heir)　(other)