

**記入例**  
Example of completed form

健康保険 被保険者 出産育児一時金請求書  
被扶養者

いずれか該当する方の文字を○  
で囲んでください。  
Circle the description that applies.

Claim for Childbirth and Childcare Lump-sum Grant (Insured Person, **Dependent**)

(直接支払制度が活用できなかった場合の請求書) (Claim form for use when unable to use the system of direct payment of Childbirth and Childcare Lump-sum Grant to medical institutions) 年 月 日提出 Date submitted (Y/M/D): ○○ / 5 / 10

被保険者記号・番号 Insured person code and no.		事業所の名称 Employer name		所属 Section	
10 - 104567		___ Pharmaceutical Company Limited		Div.: ___ Dept. TEL 999-9999	
被保険者の氏名 Name of insured person		住所 Address		〒000-0000	
Taro Kempo		1-1, ___-cho, ___-ku, ___		999 ( 999 ) 9999	
分娩日 Date of birth (Y/M/D)		生産・死産の別 Live birth or stillbirth?		生産・死産	
○○年 4月 25日				Live birth Stillbirth	
入院して分娩したとき If hospitalized for childbirth		病院又は診療所の名称、所在地 Name and address of hospital or clinic			
		___ Obstetrical and Gynecological Hospital 〒000-0000 1-1, ___-cho, ___-ku, ___			
被扶養者が分娩したときはその者の氏名 Name of the dependent if the mother giving birth is a dependent		出生児氏名 Name of newborn child		Fumiko Kempo Saburo Kempo	
出生児は被保険者の被扶養者ですか Is the newborn child a dependent of the insured person?		被扶養者である・ない Y N		被扶養者でないときはその理由 If not a dependent, reason why	
注：被扶養者認定日後6ヶ月以内の出産で被扶養者出産育児一時金の申請のとき、または、資格喪失後6ヶ月以内の出産で被保険者出産育児一時金を申請する場合は、被扶養者が以前加入していた健康保険組合・社会保険事務所または共済組合と重複することはできません。 Notes: When applying for Dependents' Childbirth and Childcare Lump-Sum Grant within six months after the date of certification as a dependent or when applying for the Childbirth and Childcare Lump-Sum Grant for an insured person within six months after loss of eligibility, you may not also apply to the health insurance society, social insurance office, or mutual aid association to which the dependent previously belonged.					
武田薬品健康保険組合以外に出産育児一時金の請求をされましたか? はい いいえ Have you submitted a claim for a Childbirth and Childcare Lump-Sum Grant to a party other than the Takeda Health Insurance Society? Y N					
(受取委任欄) 本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任し、給料と合わせて受給することに同意します。 (任意継続被保険者の方は、当欄への記入は不要です) (Proxy receipt) I hereby authorize my employer to receive the benefits covered by this claim as my proxy, and agree to receive the benefits together with my salary. (This section does not need to be filled out if you are a Voluntarily and Continuously Insured Person.) Date (Y/M/D): ○○ / 5 / 10 被保険者氏名 Name of insured person Taro Kempo					

医師・助産師の証明欄 Certification by doctor/midwife	分娩した年月日 Date of birth (Y/M/D)	年 月 日 ○○ / 4 / 25	生産 妊娠 10 カ月 Live birth born after ___ months' term
	出生児の数 Number of babies	単胎・多胎 ( 児 ) Single/Multiple ( babies )	死(流)産 又は、第 ___ 週 Stillbirth/miscarriage, or, week no. ___
上記のとおり相違ないことを証明します。 I certify that the above information is correct. Date (Y/M/D): ○○ / ○ / ○ 医療施設の名称・所在地 Name and address of medical care institution 〇〇産婦人科病院 Obstetrical and Gynecological Hospital 〒000-000 〇〇市△△区××町1-1 1-1, ___-cho, ___-ku, ___, 000-0000 医師・助産師名 Name of doctor/midwife 医師 〇〇 〇〇 (seal) (自署の場合は押印不要) (No seal required with signature)			

市区町村長の証明欄 Certification by the mayor of your municipality	本籍 Permanent domicile	都・道・府・県 Prefecture	筆頭者氏名 Name of head of household
	出生届出日 Date birth notified	年 月 日 / /	出生児氏名 Name of newborn child
上記のとおり相違ないことを証明します。 I certify that the above information is correct. Date (Y/M/D): / / 市区町村長名 Name of mayor			

医師・助産師の証明がないときは、市区町村長の証明が必要です。  
Certification by the mayor of your municipality is required if not certified by a doctor or midwife.

- ① 医療機関から交付された費用の領収・明細書(写)・直接支払制度を使用しない旨記述された合意文書(写)を添付。(海外での出産時はこちらの書類は提出不要です。)  
合意文書には、申請先被保険者名が明記されているか、また産科医療補償制度に加入している医療機関で出産した場合はそれを証明する印があるかどうか確認の上添付して下さい。
- ② 出生の証明については、医師または、市区町村長の証明のどちらかが必要です。(原本)  
本請求書に証明がない場合は、出生届受理証明書または戸籍謄本を添付ください。(原本)  
書類に不備がある場合は、お支払ができませんので、必ず確認の上申請して下さい。
- ③ 武田薬品・任意継続の方は、健康保険組合へ、武田薬品以外の方は各会社の健保事務担当者へ提出してください。
- ④ Attach copies of receipt and detailed statement of medical care costs from the medical care institution and a written agreement stating that you will not use the system of direct payment of Childbirth and Childcare Lump-sum Grant to medical institutions (copy). (These documents do not need to be submitted in cases of childbirth overseas.)  
Before attaching the written agreement, check to make sure it clearly indicates the name of the insurer applied to and bears a seal certifying that the institution is a member of the maternity medical care compensation scheme, if applicable.
- ⑤ The childbirth must be certified by a doctor/midwife or the mayor of your municipality. (Submit an original.)  
Attach a proof of birth registration or official copy of family register (submit an original) if no certification is provided on this form.  
Make sure all documents are complete before applying. The grant cannot be paid if documents are incomplete.
- ⑥ If you are a Takeda Pharmaceutical Company Limited employee or Voluntarily and Continuously Insured Person, submit this form to the Health Insurance Society. If you are an employee of an employer other than Takeda Pharmaceutical Company Limited, submit this form to the section at your company responsible for health insurance administration.