

記入例
Example of completed form

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.

健康保険 被保険者 出産育児一時金請求書
被扶養者

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)

令和 年 月 日 提出
Date submitted (Y/M/D): XXXX / 5 / 10

被保険者(請求者) 記入欄 To be filled out by insured person (claimant)	被保険者記号・番号 Insured person code and no.	10 - 104567	事業所の名称 Employer name	Pharmaceutical Company Limited	所属 Section	TEL	Div., Dept.	999-9999
	被保険者の氏名 Name of insured person	Taro Kempo		住所 Address	〒000-0000 1-1, -cho, -ku, -		電話/Tel.	999 (999) 9999
	分娩日 Date of birth (Y/M/D)	令和 年 月 日	生産・死産の別 Live birth or stillbirth?	生産・死産 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	Fumiko 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 <input checked="" type="radio"/> Y <input type="radio"/> 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の申請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しましたか? 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? <input checked="" type="radio"/> Y <input type="radio"/> N							
	振込先の確認 Payment Destination	本請求に基づく給付金は以下の口座に振り込みます。(確認後□にチェック[✓]を付けてください。) Benefits based on this application will be transferred to the following account. (Please check [✓] the box after confirming.) <input type="checkbox"/> 在職者: 事業主に支給し、事業主から給与口座に合算して振込み Employees: Paid to the employer and transferred to your payroll account together with your salary. <input type="checkbox"/> 任意継続者: 資格取得申請書に記載された振込口座 Voluntarily and Continuously Insured Persons: The bank account listed on the application for enrollment. ※上記振込先ではなく、マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する場合 ⇒ □ (チェック[✓]してください) *If using a public funds receipt account pre-registered on Mynportal, etc., instead of the above account ⇒ □ (Please check [✓])						
	* 医師・助産師または市区町村長が証明する欄はどちらか一方で証明を受けてください。 Obtain certification in either of the following sections (for certification by a doctor/midwife or the mayor of your municipality).							
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)	令和 XXXX 年 4 月 25 日	生 産 妊 娠 10 カ月 Live birth born after _____ months' term	死(流)産 又は、第 _____ 週 Stillbirth/miscarriage, or, week no. _____				
	出生児の数 Number of babies	単胎・多胎 (児) Single /Multiple (babies)	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. 令和 年 月 日 Date (Y/M/D): XXXX / X / X					
	医療施設の名称・所在地 Name and address of medical care institution		Obstetrical and Gynecological Hospital 〒000-000 〇〇市△△区××町 1-1 1-1, - cho, - ku, -, 000-0000			医師 〇〇〇〇 (自署の場合は押印不要) Dr. _____ (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	令和 年 月 日	出生児氏名 Name of newborn child	出生年月日 Date of birth (Y/M/D)	令和 年 月 日			
	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. 令和 年 月 日 Date (Y/M/D): / /		市区町村長名 Name of mayor					

振込み先を必ず確認して
にチェック[]をご記入
ください。
Please be sure to confirm
the payment destination
and check [] the box.

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.

- 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載された合意文書(写)を添付してください(海外での出産時はこちらの書類は提出不要)。なお、合意文書は、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ことをご確認の上添付してください。
- 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簿本を添付ください。(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。
- 武田薬品の方は、SATO社会保険労務士法人福岡オフィス(宛先などは武田薬品健保ホームページに掲載)へ、武田薬品以外の方は各会社の健康保険事務担当者へ提出してください。任意継続の方は当健保組合へ提出してください。
- 公金受取口座を利用する場合、マイナポータル等での登録手続きが完了していることを必ずご確認ください。登録が完了していない場合、給付金の振込が遅れます。
- 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 bears a seal certifying that the institution is a member of the maternity medical care compensation scheme, if applicable.
- The childbirth must be certified by a doctor/midwife or the mayor of your municipality. Attach a proof of birth registration or official copy of family register (copies not accepted) 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.
- 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.

社会保険労務士
記載欄

武田薬品健康保険組合
Takeda Health Insurance Society