Request for Childbirth and Childcare Lump-sum Grant / Childbirth and childcare additional sum

〈Example〉 When the insured has given birth ~page 1~

《記入例》被保険者が出産した場合　1ページ目

★多胎分娩でも請求書は1部でＯＫ A single request may be submitted for multiple births.

支給決議書									
支給額	百万	拾万	万	千	百	十	円	常務理事	事務長	係	係
内訳 法定											
内訳 付加											
分娩年月日	平成										
備考								格	喪 平成　年　月　日

Need not be filled out

Approval seal (mechanical seals are not acceptable)
If the insured provides his or her signature above, his or her seal need not be affixed.

These sections to be completed by the insured

ソニー健康保険組合　理事長殿
健康保険　被保険者
家　族

出産育児一時金・出産育児付加金　請求書

Health insurance card symbol/ number

Daytime telephone number
☐Home ☐Office
☐Cell phone

Name of company where the insured individual is or was employed

Enter the date of eligibility noted on the health insurance card

Name of the child born (For multiple births, enter all names)

When submitting this form, is the insured individual retired, or is it clear that he or she will retire within one month?

Upon submission of this form, the insured individual shall be covered by the health insurance system for retirees

Requested bank account for receipt of payments
Enter either a bank or a post office account number

被保険者が記入するところ		
①被保険者証の記号・番号	記号 999 番号 999999	②被保険者の氏名・押印 ●被保険者本人が氏名を記入した場合、押印不要	健保　明子 Name and Seal of the insured
③被保険者の住所 ※支給決定通知書の送付、及び書類不備の際に使用します	〒999-9999 Insured person's address 〇〇県△△市××99-99	
④日中連絡の取れる電話番号 ※お問い合わせの際に使用します　※複数可	☐自宅 ☑勤務先 ☐携帯	9999 － 99 － 9999	☐自宅 ☐携帯	－ －
⑤被保険者の勤務する又は勤務していた会社名	〇〇××株式会社	
⑥被保険者の資格取得日	昭・(平) 8年 4月 1日	⑦分娩年月日	平成16年10月28日
⑧家族が分娩したための請求の場合はその者の	(a)氏名	(b)生年月日 昭・平　年　月　日	(c)扶養認定日 ●家族の被保険者証に記載されている扶養認定日を記入 昭・平　年　月　日
⑨出生児の氏名	健保　まゆ	⑩被保険者と出生児の続柄 ●長男・長女等を記入	長女
⑪この請求書を提出する時点で被保険者が退職している、もしくは1ヶ月以内に退職すること			☐は い⇒⑫へ Yes⇒12 ☑いいえ⇒⑭へ No ⇒14
⑫この請求書を提出する時点で被保険者が退職している、もしくは1ヶ月以内に退職すること（国保制度・退職者医療制度）に加入していますか			☐は い⇒⑬～⑭ Yes⇒Skip 13 to 14 ☐いいえ⇒⑬へ（ No ⇒Go to 13 (Skip 14)
⑬振込希望口座 ●銀行か郵便局のどちらか一方を記入	銀行 Bank	Name and branch of financial institution 銀行 支店	普通 当座	店番 Branch no 口座番号 Account number	フリガナ Furigana 名義人氏名 Name of account holder
	郵便局 Post office	記号 Symbol －	番号 Number	フリガナ Furigana 名義人氏名 Name of account holder
⑭委任状 ●押印必須（外国国籍を有する方はサイン可）	私は 〇〇××株式会社 を代理人と定め、上記のとおり請求した出産育児一時金及び同付加金の受領方を委任します。 ●被保険者証に記載されている「事業所名称」を記入 平成 16年 11月 10日 被保険者住所 〇〇県△△市××99-99 被保険者氏名 健保　明子	

An account in the name of the individual insured

Account type: ordinary account / current account

Letter of attorney

Address of the insured

Name of the insured

Date on which letter of attorney was completed (Y/M/D)

Approval seal
Mechanical seals are not acceptable
Individuals with other than Japanese nationalities may sign in lieu of affixing a seal

Actual Delivery Date

Relationship between the child born and the insured individual

《2ページ目に（つづく）》

医師・助産師又は市区町村長が証明するところ	
⑮分娩年月日 平成16年10月28日	⑮出生児の数
上記のとおり相違ありません。 医療機関の名称・所在地 ××県〇〇 医師・助産師名 ××産婦 電話番号 111-111-1111	
⑱本籍	
⑲筆頭者氏名	日
㉑出生児氏名	日
上記のとおり相違ありません。	平成　年　月　日

Obtain a certificate from the hospital or from your local government office

I hereby authorize __(Business entity)__ to serve as an agent on my behalf and to receive the above childbirth and childcare lump-sum grant, and childbirth and childcare additional sum.

〔注意事項〕
1. 印鑑　　寸　印
2. 訂正
3. 市区町村の証明を受ける場合で直接請求書に証明を受けられないときは、出生証明書（原本）又は、出生届受理証明書（原本）を添付して下さい。
4. 提出された請求書及び添付書類については、返却・写しの送付等は一切致しません。（書類不備の場合を除く）

〔個人情報保護に関して〕
※個人情報保護ポリシー（基本方針）に則り、取り組みを推進しています。
※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。
1. 法令に基づく場合
2. 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
3. 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
4. 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。
〒141-0001 東京都品川区北品川6－7－35 ソニー健康保険組合 業務室　：　03-5795-6111 FAX:03-5795-6107
受付時間／9：00～17：30（土曜、日曜、祝祭日、年末年始を除く）

出育1 H17.4

〈Example〉When the insured has given birth ~page 2~

《記入例》被保険者が出産した場合　2ページ目

★２ページ目の提出は不要です ★Need not submit page 2.

被保険者証の 記号・番号	記号 番号	被保険者の 氏名	

㉓『資格喪失後出産育児一時金』を請求する方はご記入下さい。
（任意継続をしている間に分娩した場合は必要ありません）

(1)　ソニー健保の資格喪失後にあながた加入した （現在加入している）健保組合等	健康保険組合 社会保険事務所 号　（　　）
(2)　(1) の 被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	記号　　番号
(3)　(1)の被保険者氏名・被保険者とあなたとの続柄	氏名　　続柄

Need not be filled out

※(1)で被保険者の被扶養者となっている場合は

ソニー健保からの『資格喪失後出産育児一時金』
(1) か ら の 『 家 族 出 産 育 児 一 時 金 』
＞ どちらか一方を選択し請求して下さい。

㉔『家族出産育児一時金』を請求する方で、家族が**扶養認定日〔オモテ⑧の（ｃ）〕から6ヵ月以内に分娩した方**はご記入下さい。

(1)　家族がソニー健保の被扶養者として認定される前に 加入していた健保組合等の名称	健康保険組合 社会保険事務所 電話番号　（　　）
(2)　(1) の 被 保 険 者 証 の	番号
(3)　(1)の被保険者氏名・被保険者	続柄
(4)　(1)　で　の　保　険　加　入　期　間	昭・平　年　月　日～平　年　月　日
(5)　家　族　が　勤　務　し　て　い　た　会　社　名	電話番号　（　　）

Need not be filled out

※家族が(1)の被保険者であり、その資格喪失日以後6ヵ月以内に分娩した場合は

(1) からの『資格喪失後出産育児一時金』
ソニー健保からの『家族出産育児一時金』
＞ どちらか一方を選択し請求して下さい。

Request for Childbirth and Childcare Lump-sum Grant / Childbirth and childcare additional sum

〈Example〉 When the dependent has given birth ~page 1~

《記入例》被扶養者が出産した場合　1ページ目

★多胎分娩でも請求書は1部でＯＫ A single request may be submitted for multiple births.

支給決議書									
支給額	百万	拾万	万	千	百	十	円	常務理事	事務長	係	係
内訳 法定											
内訳 付加											
分娩年月日	平成							昭			
備考								格	喪 平成　年　月　日		

Need not be filled out

Approval seal (mechanical seals are not acceptable)
If the insured provides his or her signature above, his or her seal need not be affixed.

These sections to be completed by the insured

ソニー健康保険組合　理事長殿
健康保険　被保険者
家　族

出産育児一時金・出産育児付加金　請求書

Health insurance card symbol/ number

Daytime telephone number
☐Home ☐Office
☐Cell phone

Name of company where the insured individual is or was employed

Enter the date of eligibility noted on the health insurance card

Information on the family member giving birth when she is a dependent

Name of the child born (For multiple births, enter all names)

When submitting this form, is the insured individual retired, or is it clear that he or she will retire within one month?

Upon submission of this form, the insured individual shall be covered by the health insurance system for retirees

Requested bank account for receipt of payments
Enter either a bank or a post office account number

被保険者が記入するところ		
①被保険者証の記号・番号	記号 999 番号 999999	②被保険者の氏名・押印 ●被保険者本人が氏名を記入した場合、押印不要	健保　太郎 Name and Seal of the insured
③被保険者の住所 ※支給決定通知書の送付、及び書類不備の際に使用します	〒999-9999 Insured person's address ○○県△△市××99-99	
④日中連絡の取れる電話番号 ※お問い合わせの際に使用します　※複数可	☐自宅 ☑勤務先 ☐携帯	9999 － 99 － 9999	☐自宅 ☐携帯	－ －
⑤被保険者の勤務する又は勤務していた会社名	○○××株式会社	
⑥被保険者の資格取得日	昭・(平) 8年 4月 1日	⑦分娩年月日	平成16年10月28日
⑧家族が分娩したための請求の場合はその者の	(a)氏 Name 名 健保　花子	(b)生年月日 Birth Date (昭)・平 50年 4月 14日	(c)扶養認定日 ●家族の被保険者証に記載されている扶養認定日を記入 昭・(平) 16年 9月 1日
⑨出生児の氏名	健保　まゆ	⑩被保険者と出生児の続柄 ●長男・長女等を記入	長女
⑪この請求書を提出する時点で被保険者が退職している、もしくは1ヶ月以内に退職することが			☐は い⇒⑫へ Yes⇒12 ☑いいえ⇒⑭へ No ⇒14
⑫この請求書を提出する時点で被保険者が退職している、もしくは1ヶ月以内に退職することが	保険制度・退職者医療制度）に加入していますか		☐は い⇒⑬～⑭へ Yes⇒Skip 13 to 14 ☐いいえ⇒⑬へ（ No ⇒Go to 13 (Skip 14)
⑬振込希望口座 ●銀行か郵便局のどちらか一方を記入	銀行 Bank	Name and branch of financial institution 銀行 支店	普通 当座 店番 Branch no 口座番号 Account number	フリガナ Furigana 名義人氏名 Name of account holder
	郵便局 Post office	記号 Symbol －	番号 Number	フリガナ Furigana 名義人氏名 Name of account holder
⑭委任状 ●押印必須（外国国籍を有する方はサイン可） Letter of attorney	私は ○○××株式会社 を代理人と定め、上記のとおり請求した出産育児一時金及び同付加金の受領方を委任します。 被保険者証に記載されている「事業所名称」を記入 平成 16年 11月 10日 Address of the insured 被保険者住所 ○○県△△市××99-99 被保険者氏名 健保　太郎 Name of the insured	

Date of authorization as a dependent

Actual Delivery Date

Extension number permitted
9－○○○-○○○○

Relationship between the child born and the insured individual

An account in the name of the individual insured

Account type: ordinary account / current account

Date on which letter of attorney was completed (Y/M/D)

Approval seal
Mechanical seals are not acceptable
Individuals with other than Japanese nationalities may sign in lieu of affixing a seal

医師・助産師又は市区町村長が証明するところ	
⑮分娩年月日 平成16年10月28日	⑯出生児の数
上記のとおり相違ありません。 医療機関の名称・所在地 ××県○○ 医師・助産師名 ××産婦 電話番号 111-111-1111	
⑱本籍	
⑲筆頭者氏名	印
㉑出生児氏名	印
上記のとおり相違ありません。	平成 年 月 日 印

Obtain a certificate from the hospital or from your local government office

I hereby authorize __(Business entity)__ to serve as an agent on my behalf and to receive the above childbirth and childcare lump-sum grant, and childbirth and childcare additional sum.

〔注意事項〕
1. 印鑑
2. 訂正
3. 市区町村の証明を受ける場合で直接請求書に証明を受けられないときは、出生証明書（原本）又は、出生届受理証明書（原本）を添付して下さい。
4. 提出された請求書及び添付書類については、返却・写しの送付等は一切致しません。（書類不備の場合を除く）

〔個人情報保護に関して〕
※個人情報保護ポリシー（基本方針）に則り、取り組みを推進しています。
※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。
1. 法令に基づく場合
2. 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
3. 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
4. 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。
〒141-0001 東京都品川区北品川6－7－35 ソニー健康保険組合 業務室　：　03-5795-6111 FAX:03-5795-6107
受付時間／9：00～17：30（土曜、祝祭日、年末年始を除く）

出育1 H17.4

〈Example〉When the dependent has given birth ~page 1~

《記入例》被扶養者が出産した場合　2ページ目

○が記入不要の方は。2ページ目の提出は不要です。Individuals not required to fill out item 24 need not submit page 2.

Health insurance card symbol/ number

被保険者証の記号・番号	記号999 番号999999	被保険者の氏名	健保　太郎 Name of the insured

㉓『資格喪失後出産育児一時金』を請求する方はご記入下さい。
（任意継続をしている間に分娩した場合は必要ありません）

(1)　ソニー健保の資格喪失後にあながた加入した（現在加入している）健保組合等の名称	健康保険組合 社会保険事務所 （　　）
(2)　(1)の被保険者証の記	番号
(3)　(1)の被保険者氏名・被保険者とあなたとの続柄	氏名　　続柄

Need not be filled out

※(1)で被保険者の被扶養者となっている場合は

ソニー健保からの『資格喪失後出産育児一時金』
(1)からの『家族出産育児一時金』
＞ どちらか一方を選択し請求して下さい。

㉔『家族出産育児一時金』を請求する方で、家族が**扶養認定日〔オモテ⑧の（c）〕から6ヵ月以内に分娩した方**はご記入下さい。

Fill out only if the birth took place within six months following the date of authorization as a dependent.

に	健康保険組合 ××× 社会保険事務所 電話番号　×××　（×××）×××× 記号　×××　番号　×××
(3)　(1)の被保険者氏名・被保険者と家族との続柄	氏名　健保　花子　続柄　本人
(4)　(1)での保険加入期間	昭・平　15年　4月　1日～平　16年　9月　7日
(5)　家族が勤務していた会社名	×××株式会社 電話番号　×××　（×××）××××

※家族が(1)の被保険者であり、その資格喪失日以後6ヵ月以内に分娩した場合は

(1)からの『資格喪失後出産育児一時金』
ソニー健保からの『家族出産育児一時金』
＞ どちらか一方を選択し請求して下さい。

Request for Childbirth and Childcare Lump-sum Grant / Childbirth and childcare additional sum

〈Example〉 When the insured has given birth within six months following loss of eligibility for coverage ~page 1~

《記入例》被保険者だった者が資格喪失後6ヶ月以内に出産した場合　1ページ目

★多胎分娩でも請求書は1部でＯＫ A single request may be submitted for multiple births.

支給決議書									
支給額	百万 拾万 万 千 百 十 円				常務理事	事務長	係	係
内訳 法定								
内訳 付加								
分娩年月日	平成							
備考					格	喪 平成 年 月 日		

Need not be filled out

Approval seal (mechanical seals are not acceptable)
If the insured provides his or her signature above, his or her seal need not be affixed.

These sections to be completed by the insured

ソニー健康保険組合　理事長殿
健康保険　被保険者
家　族

出産育児一時金・出産育児付加金　請求書

《2ページ目に（つづく）》

被保険者が記入するところ		
①被保険者証の記号・番号	記号 999 / 番号 999999	②被保険者の氏名・押印 ●被保険者本人が氏名を記入した場合、押印不要	健保　明子
③被保険者の住所 ※支給決定通知書の送付、及び書類不備の際に使用します	〒999-9999 Insured person's address ○○県△△市××99-99	
④日中連絡の取れる電話番号 ※お問い合わせの際に使用します　※複数可	□自宅 ☑勤務先 □携帯	9999 － 99 － 9999	□自宅 □携帯 － －
⑤被保険者の勤務する又は勤務していた会社名	○○××株式会社	
⑥被保険者の資格取得日	昭・(平) 8年 4月 1日	⑦分娩年月日	平成16年10月28日
⑧家族が分娩したための請求の場合はその者の	(a)氏名	(b)生年月日 昭・平 年 月 日	(c)扶養認定日 ●家族の被保険者証に記載されている扶養認定日を記入 昭・平 年 月 日
⑨出生児の氏名	健保　まゆ	⑩被保険者と出生児の続柄 ●長男・長女等を記入	長女
⑪この請求書を提出する時点で被保険者が退職している、もしくは1ヶ月以内に退職する			☑は い⇒⑫へ Yes⇒12 / □いいえ⇒⑭へ No ⇒14
⑫この請求書を提出する時点で被保険者が健康保険制度（被保険者医療制度）に加入していますか			□は い⇒⑬～⑭へ Yes⇒Skip 13 to 14 / ☑いいえ⇒⑬へ No ⇒Go to 13 (Skip 14)
⑬振込希望口座 ●銀行か郵便局のどちらか一方を記入	銀行 Bank: ○○ 銀行 ○○ 支店	普通 当座 / 店番 999 / 口座番号 9999999	フリガナ ケンポ アキコ Furigana / 名義人氏名 明子 Name of account holder
	郵便局 Post office	記号 Symbol －	番号 Number	フリガナ Furigana / 名義人氏名 Name of account holder
⑭委任状 ●押印必須（外国国籍を有する方はサイン可）	私は＿＿＿＿を代理人と定め、上記のとおり請求した出産育児一時金及び同付加金の受領 ▶被保険者証に記載されている「事業所名称」を記入		平成　年　月　日
	被保険者住所		
	被保険者氏名		㊞

Daytime telephone number
☐Home ☐Office
☐Cell phone

Health insurance card symbol/ number

Extension number permitted
9－○○○-○○○○

Name of company where the insured individual is or was employed

Actual Delivery Date

Enter the date of eligibility noted on the health insurance card.
If unknown, leave blank

Relationship between the child born and the insured individual

Name of the child born (For multiple births, enter all names)

An account in the name of the individual insured

Account type: ordinary account / current account

Branch no.

When submitting this form, is the insured individual retired, or is it clear that he or she will retire within one month?

Name and branch of financial institution

Account number

Upon submission of this form, the insured individual shall be covered by the health insurance system for retirees

Requested bank account for receipt of payments
Enter either a bank or a post office account number

医師・助産師又は市区町村長が証明するところ				
⑮分娩年月日	平成16年10月28日	⑯出生児の数 (単胎)・多胎（　）児	⑰生産・死産の別 ●死産の場合は妊娠月数を記入	(生産)・死産（妊娠　ヶ月）
上記のとおり相違ありません。 平成 16年 10月 31日 医療機関の名称・所在地　××県○○市△△9999 医師・助産師名　××産婦人科医院　㊞ 電話番号　111-111-1111				
⑱本籍				
⑲筆頭者氏名				印
㉑出生児氏名				印
上記のとおり相違ありません。 平成　年　月　日 市区町村長名　㊞ 電話番号				

Obtain a certificate from the hospital or from your local government office

㉔に記入して下さい。

どちらか一方に証明を受けて下さい

〔注意事項〕
1. 印鑑は認印可。シャチハタ、日付印は不可です。
2. 訂正した場合は、必ず訂正印を押して下さい。
3. 市区町村の証明を受ける場合で直接請求書に証明を受けられないときは、出生証明書（原本）又は、出生届受理証明書（原本）を添付して下さい。
4. 提出された請求書及び添付書類については、返却・写しの送付等は一切致しません。（書類不備の場合を除く）

受付印

〔個人情報保護に関して〕
※個人情報保護ポリシー（基本方針）に則り、取り組みを推進しています。
※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。
1. 法令に基づく場合
2. 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
3. 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
4. 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。

〒141-0001 東京都品川区北品川6－7－35 ソニー健康保険組合 業務室　：　03-5795-6111 FAX:03-5795-6107
受付時間／9：00～17：30（土曜、日曜、祝祭日、年末年始を除く）

〈Example〉When the insured has given birth within six months following loss of eligibility for coverage ~page 2~

《記入例》被保険者だった者が資格喪失後6ヶ月以内に出産した場合　2ページ目

Health insurance card symbol/ number

被保険者証の記号・番号	記号999 番号999999	被保険者の氏名	健保　明子 Name of the insured

(Circle either "Health insurance society" or "Social insurance office") i.e., the society under which you are currently covered)

㉓『資格喪失後出産育児一時金』を請求する方はご記入下さい。
（任意継続をしている間に分娩した場合は必要ありません）

(1)　ソニー健保の資格喪失後にあながた加入した（現在加入している）健保組合等の名称 (1) Name of health insurance society joined following loss of eligibility for the Sony Health Insurance Society	×××　健康保険組合 社会保険事務所 電話番号　×××　（×××）×××　Telephone number
(2)　(1) の被保険者証の記号・番号	記号　×××symbol　番号　×××number
(3)　(1)の被保険者氏名・被保険者とあなたとの続柄	氏名健保健一　Name　続柄　妻　Relationship

(2) Health insurance card symbol/ number

(3) Name of the insured/ Relationship with the insured

※(1)で被保険者の被扶養者となっている場合は

ソニー健保からの『資格喪失後出産育児一時金』
(1) からの『家族出産育児一時金』
どちらか一方を選択し請求して下さい。

㉔『家族出産育児一時金』を請求する方で、家族が**扶養認定日〔オモテ⑧の（c）〕から6ヵ月以内に分娩した方**はご記入下さい。

(1)　家族がソニー健保の被扶養者として認定される前に加入していた健保組合等の名称	健康保険組合 社会保険事務所 電話番号　（　　）
(2)　(1) の被保険者証の	番号
(3)　(1)の被保険者氏名・被保険者	続柄
(4)　(1) での保険加入期間	昭・平　年　月　日～平　年　月　日
(5)　家族が勤務していた会社名	電話番号　（　　）

Need not be filled out

※家族が(1)の被保険者であり、その資格喪失日以後6ヵ月以内に分娩した場合は

(1) からの『資格喪失後出産育児一時金』
ソニー健保からの『家族出産育児一時金』
どちらか一方を選択し請求して下さい。