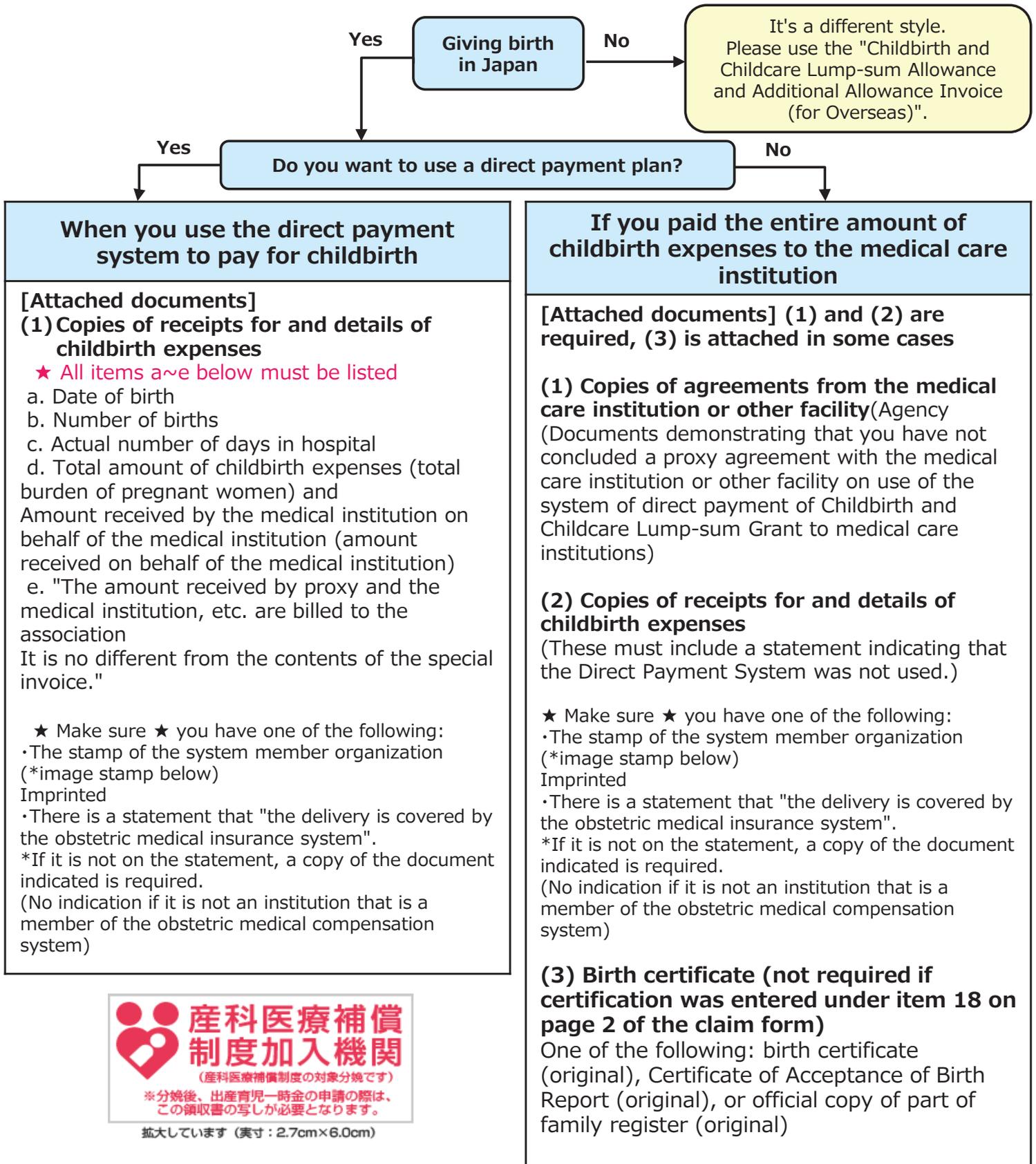


[Attachment] About the request documents for the Childbirth and Childcare Lump-sum Allowance and the Childbirth and Childcare Lump-sum Allowance Surcharge

After confirming the required attachments from the flowchart below,
Please submit it together with the "Childbirth and Childcare Lump-sum Allowance and Childbirth and Childcare Lump-sum Allowance Additional Payment Request".



[In case of stillbirth]

Regardless of whether you use the direct payment system or not, submit one of the following additions:

- At the hospital, please write it in the (12) "Doctor/Midwife Certificate" column of the invoice
- Attach a copy of the stillbirth certificate
- *For stillbirths, if the delivery date is 85 days (= 12 weeks and 1 day) or later, a lump sum payment will be applied

出産育児一時金・出産育児一時金付加金 請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	◆請求者確認欄 (チェック必須)	<input type="checkbox"/> 記載内容については、請求者(被保険者)本人が記入・確認しました。				
		<input type="checkbox"/> 在職中の給付金は事業主(⑤の本籍会社)経由で受領します。				
	① 健康保険の 記号・番号	記号 番号 -	②被保険者の氏名	*直筆で記入		
	被保険者の記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください。 <input type="text"/>					
	③ 被 保 険 者 の 住 所	〒 -				
	<small>※郵便物を受け取れる住所を記入 ※海外在住の場合はメールアドレスを記入のこと</small>					
	④ 日中連絡の取れる電話番号 常時確認できるメールアドレス	□自宅 □携帯 □勤務先 : - -				
	□自宅 □携帯 □勤務先 : - -					
	※お問い合わせの際に使用します(複数可) メールアドレス :					
	⑤被保険者の本籍会社名	出向中の方は出向元会社(給与の支払を受けている会社)		⑥被保険者の 資格取得日	昭和 平成 令和	年 月 日
	<small>※任意継続被保険者・特例退職被保険者記入不要</small>					
⑦分娩年月日	令和 年 月 日	⑧分娩をした医療機関名				
⑨出生児の氏名	⑩被保険者と出生児の続柄		※長男・長女等を記入			
⑪家族(被扶養者)が分娩した場合は、分娩した方について記入してください。※被保険者本人が分娩した場合は記入不要						
(a)氏名 : (b)生年月日 : 昭・平 年 月 日						
(c)扶養認定日 : 昭・平・令 年 月 日 ※家族の被保険者証に記載されている資格認定日を記入						
(d)扶養認定日から6カ月以内の分娩ですか? □はい ⇒ 2ページ目⑬の記入が必要 □いいえ						

⑫ 「直接支払制度」を利用しなかった方は、医師・助産師又は市区町村長から証明を受けてください。
※あるいは、出生証明書(原本)、出生届受理証明書(原本)、又は戸籍抄本(原本)のいずれか1点を添付。

医 師 ・ 助 産 師 の 証 明	分娩した者の氏名	分 娩 年 月 日	令和 年 月 日	
	出生児の数	単胎・多胎()児	生産・死産の別	生産・死産(妊娠 日)
	上記の通り相違ありません 令和 年 月 日			
	医療機関の所在地 医療機関の名称 医師・助産師名 電話番号 ()			

市 区 町 村 長 の 証 明	本 籍	出生届出日	令和 年 月 日
	筆頭者氏名	出生年月日	令和 年 月 日
	出生児氏名	出生年月日	令和 年 月 日
	上記の通り相違ありません 令和 年 月 日		
市区町村長名 ⑯			
電話番号 ()			

注意事項

受 付 印

- 所持している保険証をご確認ください。
「被保険者」=ソニーグループに勤務する社員
「被扶養者」=被保険者の扶養家族として健保に認定された方
 - 訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、自筆でサインして下さい。
 - 本請求書の他に、添付書類の提出が必要です。
【別紙】出産育児一時金・出産育児一時金付加金の請求書類についてをご確認ください。
 - 提出された申請書及び添付書類については返却致しません。(不備書類の場合を除く)
- ※裏面もご確認ください。

健康保険の記号・番号	記号 番号	被保険者の氏名
------------	----------	---------

⑬ ⑪-(d)が「はい」の方は、⑪の方についての情報をご記入ください。

◆被保険者確認欄 (チェック必須)	<input type="checkbox"/> ⑬の理由により、ソニー健保が関係機関に情報照会等を行うこと、関係機関が情報照会に回答を行うことを同意します。
----------------------	---

[1] ソニー健保に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では、「被保険者」として加入していましたか？
<input type="checkbox"/> はい
<input type="checkbox"/> いいえ ⇒ 家族の扶養に入っていた(被扶養者として加入していた)

[2] ソニー健保に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と電話番号	() 健康保険組合 全国健康保険協会 () 支部 国民健康保険 () 市区 電話番号 () 町村
	勤務していた会社名:

[3] [2]の健康保険の記号・番号	記号 番号
--------------------	----------

[4] [2]の被保険者氏名 ※旧姓だった場合は、加入当時の氏名を記入	加入当時の氏名
--	---------

[5] [2]での保険加入期間	昭・平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日
-----------------	-------------------------

[6] [2]の保険者から出産育児一時金の支給を受けましたか、もしくは請求をされていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
--	-----------------------------	------------------------------

[7] 前健保加入時の情報をもとに、出産した方が同意書をご記入ください。

同意書

ソニー健康保険組合 理事長 殿

健康保険法に基づく出産育児一時金の支給決定を行うにあたり、ソニー健康保険組合が関係機関に対して、給付記録、他の法令による保険給付受給に関する情報等の照会を行うこと、また、関係機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。

※関係機関とは、前加入保険者、年金事務所等を指します。

※照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とさせていただきます。

令和 年 月 日

出産した方の住所

出産した方の氏名 (現在の氏名) 生年月日 : 昭・平 年 月 日

⑭ 『分娩日時点でソニー健保の資格を喪失している女性被保険者』が請求する場合は、ご記入ください。

※資格喪失後6ヵ月以内に直接支払制度を利用せずに分娩した場合に限ります。

(任意継続加入中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たが加入した(現在加入している)健保組合等の名称と電話番号	() 健康保険組合 全国健康保険協会 () 支部 国民健康保険 () 市区 電話番号 () 町村
---	---

[2] [1]の健康保険の記号・番号	記号 番号
--------------------	----------

[3] [1]の被保険者氏名	氏名
----------------	----

退職者・退職予定者	この請求書を提出する時点で既に退職している方または1か月以内に退職予定がある方は下記を記入					
	退職している 退職の予定あり	→	令和 年 月 日	退職(予定)	任意継続被保険者、特例退職被保険者は記入不要	
	振込先口座 ●どちらか一方を記入	銀行	銀行 普通 店 番	支店 当座 口座番号	口座名義人	
		郵便局	記号(5桁)	番号(8桁)	フリガナ 氏名	
<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。						

In the Case Where the Insured Person Has Given Birth (Page 1)

Please check the box.

★Only one claim form is required even in the case of multiple births.

<input checked="" type="checkbox"/> 記載内容について		②被保険者の氏名	
<input checked="" type="checkbox"/> 在職中の給付金		Sarah Williams	
記号 999 - 番号 999999		*直筆で記入	
番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください。			
③被保険者の住所		〒 111 - 1111	
※郵便物を受け取れる住所を記入 ※海外在住の場合はメールアドレスを記入のこと		〇〇県△△市△××99-99	
被保険者が記入するところ	④日中連絡の取れる電話番号	□自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 □勤務先 : 090 - 9999 - 9999	
	常時確認できるメールアドレス	□自宅 □携帯 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 : 03 - 9999 - 9999	
	※お問い合わせの際に使用します(複数可)	メールアドレス : 〇〇〇××@●●●. ●●	
⑤被保険者の本籍会社名	出向中の方は出向元会社(給与の支払を受けている会社)		⑥被保険者の資格取得日
※任意継続被保険者・特例退職被保険者記入不要	***CO., LTD.		昭和 平成 令和 29年 4月 1日
⑦分娩年月日	令和 4年 1月 1日		
⑨出生児の氏名	Anna Williams		
⑪家族(被扶養者)が分娩した場合は、分娩した方につ			
(a)氏名 :			
(c)扶養認定日 : 昭・平・令			
(d)扶養認定日から6ヵ月以内の分娩ですか? : □はい ⇒ 2ページ目⑬の記入が必要 □いいえ			

In the case of multiple births, list all names. In the case of stillbirth, miscarriage, or induced abortion, entry of the child's name is not required.

No need to fill in.

⑫「直接支払制度」を利用しなかった方は、医師・助産師又は市区町村長から証明を受けてください。
※あるいは、出生証明書(原本)、出生届受理証明書(原本)、又は戸籍抄本(原本)のいずれか1点を添付。

医師・助産師の証明	分娩した者の氏名	分娩年月日	令和 年 月 日
	出生児の数	単胎・多胎()児	生産・死産の別
市区町村長の証明	上記の通り相違ありません		令和 年 月 日

In cases where the Direct Payment System is used, no certification from the hospital or the municipal office is required.

電話番号 ()

注意事項

Please note that the required supporting documents differ depending on whether the Direct Payment System is used. See the attached sheet.

- 所持している保険証をご確認ください。「被保険者」=ソニーグループに勤務する方、「被扶養者」=被保険者の扶養家族として加入されている方。
- 訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、訂正箇所を記入してください。
- 本請求書の他に、添付書類の提出が必要です。
- 【別紙】出産育児一時金・出産育児一時金付加金の請求書類についてをご確認ください。**
- 提出された申請書及び添付書類については返却致しません。(不備書類の場合を除く)
- ※裏面もご確認ください。

In the Case Where the Insured Person Has Given Birth (Page 2)

⑬ ①

◆被保険者自認証欄 (チェック必須) その理由により、本人(健康保険)が関係機関に情報提供等を行うこと、関係機関が情報照会に回答を行うことを同意します。

[1] ソニー健保に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では、「被保険者」として加入していましたか？
 はい
 いいえ ⇒ 家族の扶養に入っていた(被扶養者として加入していた)

[2] ソニー加入 () 健康保険組合
 () 支部
 () 市区
 () 町村

[3] [2]の

[4] [2]の ※

[5] [2]の 月 日

[6] [2]の いいえ

[7] 前例

For claims filed while the insured person is still employed, completion of Page 2 is not required.

⑭ 『分娩』 ※資格喪失後6カ月以内に直接支払制度を利用せずに分娩した場合に限ります。(任意継続加入中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たが加入した(現在加入している)健保組合等の名称と電話番号 () 健康保険組合
 全国健康保険協会 () 支部
 国民健康保険 () 市区
 電話番号 () 町村

[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 氏名

退職者・退職予定者 この請求書を提出する時点で既に退職している方または1か月以内に退職予定がある方は下記を記入

退職している 退職の予定あり → 令和 年 月 日 退職(予定) 任意継続被保険者、特例退職被保険者は記入不要

振込先口座	銀行	銀行	普通	店番	口座名義人
		支店	当座	口座番号	
●どちらか一方を記入	郵便局	記号(5桁)	番号(8桁)		フリガナ氏名

マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。
 (注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

In the Case Where a Dependent Has Given Birth (Page 1)

ソニー

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・出産育児一時金付加金 請求書

★Only one claim form is required even in the case of multiple births.

Please check the box.

<input checked="" type="checkbox"/> 記載内容について		<input checked="" type="checkbox"/> 在職中の給付金は専業主婦(専業主夫)の専任会社(社)員で支払われます。	
記号	番号	②被保険者の氏名	James Williams *直筆で記入
999 - 999999		番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください。	
③被保険者の住所	〒 111 - 1111 〇〇県△△市△××99-99		
④日中連絡の取れる電話番号 常時確認できるメールアドレス ※お問い合わせの際に使用します(複数可)	□自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 □勤務先 : 090 - 9999 - 9999		
	□自宅 □携帯 □勤務先 : 03 - 9999 - 9999		
	メールアドレス : 〇〇〇××@●●●. ●●		
⑤被保険者の本籍会社名 ※任意継続被保険者・特例退職被保険者記入不要	出向中の方は出向元会社(給与の支払を受けている会社) 〇〇〇××@●●●. ●●		⑥被保険者の資格取得日 昭和 29年4月1日 令和
⑦分娩年月日	令和 5年 3月 1日		
⑨出生児の氏名	Anna Williams		
⑪家族(被扶養者)が分娩した場合は、分娩した方について記入してください。※被保険者本人が分娩した場合は記入不要			
(a)氏名 :	Sarah Williams		(b)生年月日 : 昭 平 10年 8月 13日
(c)扶養認定日 :	昭・平 令 5年 1月 1日		※家族の資格認定日(資格取得日)を記入
(d)扶養認定日から6カ月以内の分娩ですか? :	<input checked="" type="checkbox"/> はい → 2ページ目⑬の記入が必要 <input type="checkbox"/> いいえ		

In the case of multiple births, list all names. In the case of stillbirth, miscarriage, or induced abortion, entry of the child's name is not required.

If 'Yes' is selected, completion of Page 2 is required.

医師・助産師の証明	⑫「直接支払制度」を利用しなかった方は、医師・助産師の証明 ※あるいは、出生証明書(原本)、出生届受理証明書			
	分娩した者の氏名	出生児の数	単胎・多胎()児	生産・死産の別
市区町村長の証明	上記の通り相違ありません			
	市区町村長名			
	電話番号 ()			

In cases where the Direct Payment System is used, no certification from the hospital or the municipal office is required.

注意事項

- 所持っている保険証をご確認ください。
「被保険者」=ソニーグループに勤務する
「被扶養者」=被保険者の扶養家族として
- 訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、目筆で訂正してください。
- 本請求書の他に、添付書類の提出が必要です。
【別紙】出産育児一時金・出産育児一時金付加金の請求書類についてをご確認ください。
- 提出された申請書及び添付書類については返却致しません。(不備書類の場合を除く)
- ※裏面もご確認ください。

Please note that the required supporting documents differ depending on whether the Direct Payment System is used. See the attached sheet.

In the Case Where a Dependent Has Given Birth (Page 2)

If item ⑪-(d) on Page 1 is marked "Yes" (childbirth occurred within six months after recognition as a dependent), please complete this section.

◆被保険者確認欄 (チェック必須) ⑬の理由により、ソニー健保が関係機関に情報照会等を行うこと、関係機関が情報照会に回答を行うことを同意します。

[1] ソニー健保に被扶養者として加入するにあたり、健康保険組合等では、「被保険者」として加入していましたか？
 はい **Please check the box.**
 いいえ ⇒ 家族の健康保険に加入していた

[2] ソニー健保に被扶養者として認定される前に加入していた健康保険組合 () 健康保険組合
 全国健康保険協会 () 支部
 国民健康保険 () 市区町村
 電話番号 ()
 勤務していた会社名: * * * * CO., LTD.

[3] [2]の健康保険の記号 111111 番号 111111

[4] [2]の加入当時の氏名 Sarah Williams

[5] [2]での保険加入期間 昭^平令 29年 4月 1日 ~ 平^令 4年 12月 31日

[6] [2]の保険者から出産育児一時金の支給を受けましたか、もしくは請求をされていますか。 はい いいえ

[7] 前健保加入時の情報をもとに、出産した方が同意書をご記入ください。 **The consent form must be completed by the person who gave birth.**

同意書

ソニー健康保険組合 理事長 殿

健康保険法に基づく出産育児一時金の支給決定を行うにあたり、ソニー健康保険組合が関係機関に対して、給付記録、他の法令による保険給付支給に関する情報等の照会を行うこと、また、関係機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。
 ※関係機関とは、前加入保険者、年金事務所等を指します。
 ※照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とさせていただきます。

令和 8年 1月 1日

出産した方の住所 ○○県△△市△△×99-99

出産した方の氏名 Sarah Williams 生年月日：昭^平 10年 8月 13日
 (現在の氏名)

⑭ 『分娩日時点でソニー健保の資格を喪失している女性被保険者』が請求する場合は、ご記入ください。
 ※資格喪失後6ヵ月以内に直接支払制度を利用せずに分娩した場合に限ります。
 (任意継続加入中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している)健保組合等の () 健康保険組合 () 支部 () 市区町村 ()

[2] [1]の健康保険の記号・番号 記号 番号

[3] [1]の被保険者氏名 氏名

この請求書を提出する時点で既に退職している方または1か月以内に退職予定がある方は下記を記入

退職者・退職予定者
 退職している (任意継続被保険者、特例退職被保険者は)
 振込先 ()
 どちら ()

No entry is required for claims filed while the insured person is still employed

□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。
 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

「出産育児一時金・付加金 申請書（日本語・英語併記版）」 / 「Application Form for Childbirth and Childcare Lump-sum Grant and Additional Grant (Japanese-English Bilingual Edition)」

1 枚目 Page 1

出産育児一時金・出産育児一時金付加金 請求書 / Childbirth and Childcare Lump-sum Grant/ Childbirth and childcare additional sum

◆被保険者確認欄 / ◆ Insured Person Confirmation Section

被保険者が記入しました / Filled in by the insured

給付金は⑤経由で受領します。 / Benefits while employed will be received through the employer (registered company in field ⑤).

① 被保険者の記号・番号 / Health Insurance Code / Number

② 氏名 / Insured Person's Name

③ 住所 / Address of the insured

④ 電話番号・メールアドレス / Daytime telephone number ・ Email Address

⑤ 会社名 / Name of company where the insured individual is employed

⑥ 被保険者の資格取得日 / Date of acquisition of insurance qualification

⑦ 分娩年月日 / Date of delivery

⑧ 分娩した医療機関名 / Name of medical institution

⑨ 出生児の氏名 / Name of newborn

⑩ 被保険者との出生続柄 / Relationship to the insured person

⑪ 家族（被扶養者）が分娩した場合は、分娩した方について記入してください。 / If a family member (dependent) has given birth, please complete the form with the information of the person who gave birth.

(a) 氏名 / Name: (b) 生年月日 / Date of Birth

(c) 扶養認定日 / Please enter the qualification certification date as stated on the dependent's health insurance card.

(d) 扶養認定日から6ヵ月以内の分娩ですか？ / Is this a childbirth occurring within six months from the date of dependent certification?

(d) Is this a childbirth occurring within six months from the date of dependent certification?

はい ⇒ 2ページ目⑬の記入が必要 / Yes ⇒ Completion of item ⑬ on Page 2 is required

いいえ / No

⑫ 「直接支払制度」を利用しなかった方は、医師・助産師又は市区町村長から証明を受けてください。※あるいは、出生証明書（原本）、出生届受理証明書（原本）、又は戸籍抄本（原本）のいずれか1点を添付。

/ If you did not use the Direct Payment System, please obtain certification from a doctor, midwife, or the mayor of the municipality.

2 枚目 Page 2

⑬ [⑪-(d)] が「はい」の方は、⑫の方についての情報をご記入ください。 / If item [11-(d)] is marked "Yes," please provide the information pertaining to the individual referenced in item 11-(d).

◆被保険者確認欄 / ◆ Insured Person Confirmation Section

⑬の理由により、ソニー健保が関係機関に情報照会等を行うこと、関係機関が情報照会に回答を行うことを同意します。 / I consent to Sony Health Insurance Society conducting inquiries with relevant institutions as necessary based on the reason indicated in item 13, and to the relevant institutions providing responses to such inquiries.

[1] ソニー健保に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では、「被保険者」として加入していましたか？ / [1] Before being certified as a dependent of the Sony Health Insurance Society, were you enrolled in your previous health insurance society or insurer as an 'insured person'?

はい / Yes

いいえ ⇒ 家族の扶養に入っていた（被扶養者として加入していた） / No → You were covered as a family member (enrolled as a dependent).

[2] ソニー健保に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と電話番号
/ Name and telephone number of the health insurance society or insurer you were enrolled in before being certified as a dependent of the Sony Health Insurance Society

[3] [2] の健康保険の記号・番号 / Symbol and number of the health insurance indicated in item [2]

[4] [2] の被保険者氏名※旧姓だった場合は、加入当時の氏名を記入 / Name of the insured person under the health insurance indicated in item [2]

[5] [2] での保険加入期間 / Period of enrollment in the insurance indicated in item [2]

[6] [2] の保険者から出産育児一時金の支給を受けましたか、もしくは請求をされていますか。

/ Did you receive, or have you filed a claim for, the Childbirth and Childcare Lump-sum Allowance from the insurer indicated in item [2]?

はい / Yes いいえ / No

[7] 前健保加入時の情報をもとに、出産した方が同意書をご記入ください。 / Based on the information from your previous health insurance coverage, the person who gave birth should complete the consent form.

同意書 ソニー健康保険組合 理事長 殿

健康保険法に基づく出産育児一時金の支給決定を行うにあたり、ソニー健康保険組合が関係機関に対して、給付記録、他の法令による保険給付受給に関する情報等の照会を行うこと、また、関係機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。

※関係機関とは、前加入保険者、年金事務所等を指します。

※照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とさせていただきます。

Consent Form

To: President, Sony Health Insurance Society

In connection with the determination of eligibility for payment of the Childbirth and Childcare Lump-sum Allowance pursuant to the Health Insurance Act, I hereby consent to the Sony Health Insurance Society conducting inquiries with relevant institutions regarding benefit records and information related to benefits received under other laws and regulations, and to such institutions providing responses to these inquiries. Relevant institutions include, for example, the health insurance society to which I was previously enrolled and the Japan Pension Service office.

If multiple inquiries are required, copies of this consent form shall also be deemed valid.

※**The person who gave birth should enter their name, date of birth, and the date of completion.**

⑭ 『分娩日時点でソニー健保の資格を喪失している女性被保険者』が請求する場合は、ご記入ください。

※資格喪失後 6 ヶ月以内に直接支払制度を利用せずに分娩した場合に限ります。

(任意継続加入中に分娩した場合は必要ありません) / If a female insured person who has lost her Sony Health Insurance Society eligibility as of the date of delivery is filing the claim, please complete this section. This applies only when the childbirth took place within six months after the loss of eligibility and the Direct Payment System was not used.

(Completion of this section is not required if the childbirth occurred while the individual was enrolled in voluntary and continuous insurance.)

[1] ソニー健保の資格喪失後にあなたが加入した（現在加入している）健保組合等の名称と電話番号 / Name and telephone number of the health insurance society or other insurer that you enrolled in (and are currently enrolled in) after losing eligibility with the Sony Health Insurance Society

[2] [1] の健康保険の記号・番号 / Symbol and number of the health insurance indicated in item [1]

[3] [1] の被保険者氏名 / Name of the insured person under the health insurance indicated in item [1]