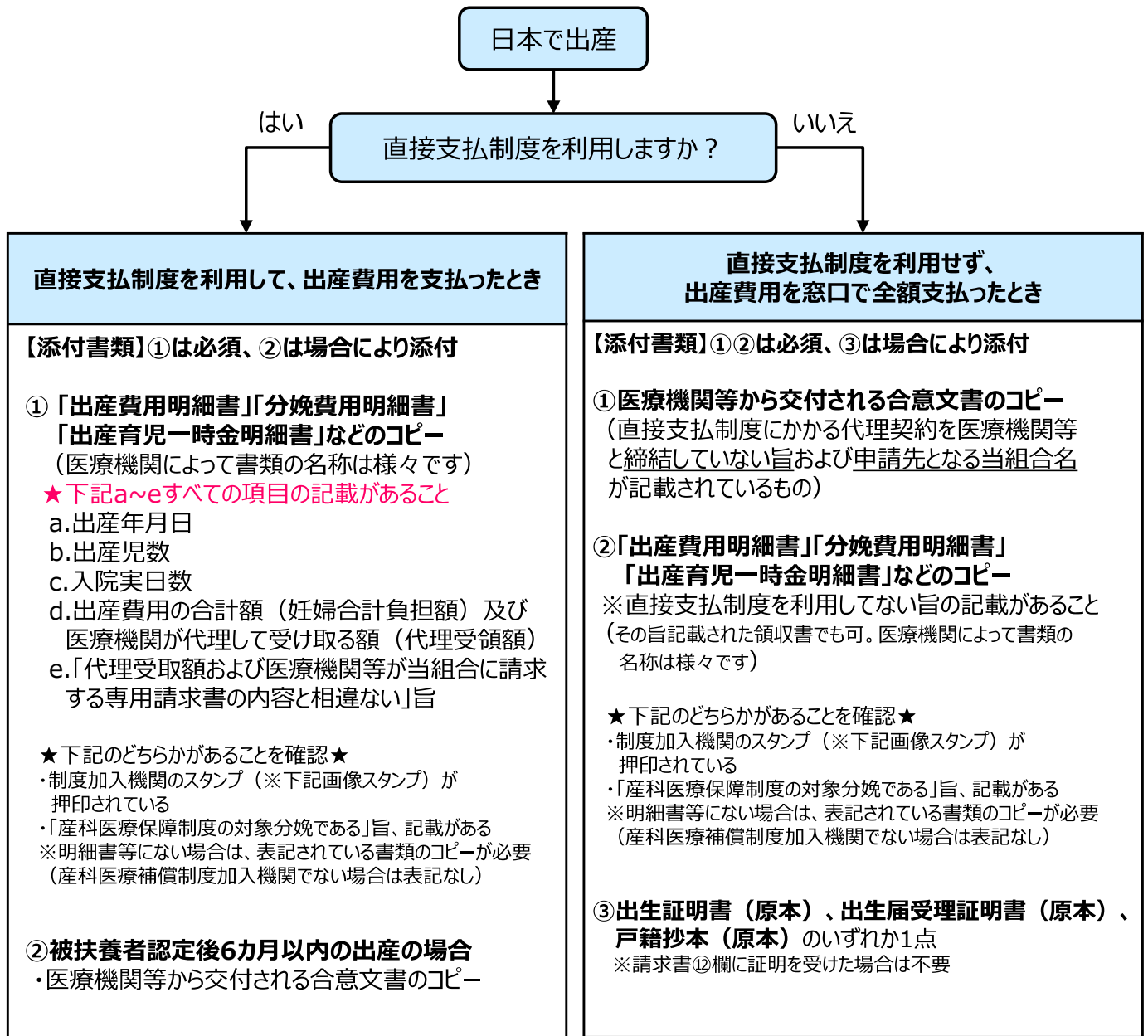


【別紙】 出産育児一時金・出産育児一時金付加金の請求書類について

下記フローチャートより必要な添付書類をご確認のうえ、
「出産育児一時金・出産育児一時金付加金請求書」とあわせて提出してください。



【死産の場合】

直接支払制度を利用する・しないにかかわらず、下記のいずれかを追加で提出

- ・病院で請求書の⑩『医師・助産師の証明』欄に記載していただく
- ・死産証明書のコピーを添付

※死産については、分娩日が85日(=12週と1日)以降の場合に一時金対象となります

★産科医療補償制度加入機関スタンプのみほん★



拡大しています(実寸:2.7cm×6.0cm)

【書類提出・問い合わせ先】

〒108-0075

東京都港区港南1-7-1ソニーシティ11階
 ソニー健康保険組合 給付担当

TEL: 050-3807-5059

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 被保険者証の 記号・番号	記号 番号 -	②被保険者の氏名		
	③ 被 保 険 者 の 住 所	〒 -			
	<small>※支給決定通知等の書類送付先となります ※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 : - -			
		メールアドレス :			
	⑤被保険者の本籍会社名	<small>出向中の方は出向元会社(給与の支払を受けている会社)</small>		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					

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			
	筆 頭 者 氏 名		出生届出日	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 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。

被保険者証の記号・番号	記号 番号 -	被保険者の氏名	
-------------	---------------	---------	--

⑬ ①-(d)が「はい」の方は、①の方についての情報をご記入ください。
 ※必ず「**出産育児一時金等の直接支払制度**」の利用合意文書のコピーを添付してください。

◆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？
 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 () 市区町村 電話番号 ()
	勤務していた会社名:

[3] [2]の被保険者証の記号・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。 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。

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 () 市区町村 電話番号 ()

[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	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	口座名義人	
			支店 当座 口座番号		
	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。 <input type="checkbox"/> 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。					

《記入例》被保険者が分娩した場合 1ページ目

ソニー健康保険組合 理事長殿
健康保険 被保
家

チェック必須

一時金・出産育

★多胎分娩でも請求書は1部でOK

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 checked="" 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 checked="" 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 被保険者証の 記号・番号	記号	番号	②被保険者の氏名	健保 花子
		999	- 999999		
	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	□自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 □勤務先 : 090 - 9999 - 9999			
		□自宅 □勤務先 ※お問い合わせの際に使用します(複数可)			
	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 29年 4月 1日
		〇〇××株式会社			令和
	⑦分娩年月日	令和 4年 1月 1日	⑧分娩した医療機関 婦人科医院		
	⑨出生児の氏名	健保 一郎		性別	男 ※長男・長女等を記入
⑩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： _____ 平 年 月 日					
(c)扶養認定日： 昭・平・令 _____ 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					

被保険者証に記載されている「資格取得日」を記入

・多胎の場合は氏名を併記
・死産、流産、人口中絶の場合は
出生児の氏名記入不要

記入不要

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
	上記の通り相違ありません		令和 年 月 日
市 区 町 村 長 の 証 明	本 筆 頭 者 氏 名	出 生 届 出 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	Ⓣ	
	電 話 番 号	()	

**直接支払制度を利用した場合は、
病院または市区町村役場の証明は不要**

注意事項

- 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)

直接支払制度利用あり・なしで添付書類が変わりますので、ご注意ください
※【別紙】をご覧ください

※裏面もご確認ください。

被保

《記入例》被保険者が分娩した場合 2ページ目

⑬ ⑬(①)が「はい」の方は、⑬の方についての情報をご記入ください。
※必ず「出産育児一時金等の直接支払制度」の利用合意文書のコピーを添付してください。

◆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] ソニー健保加入 () 健康保険組合

() 支部

() 市区町村

[3] [2]の

[4] [2]の ※

[5] [2]の

[6] [2]の

[7] 前健

**②の被保険者が在職中に請求する場合は
2ページ目の記入は不要**

⑭ 『分娩』 ※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 () 市区町村

電話番号 ()

[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 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ヵ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 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) 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。

《記入例》被扶養者が分娩した場合 1ページ目

ソニー健康保険組合 理事長殿

チェック必須

被扶養者

出産育児一時金・出産育児一時金

★多胎分娩でも請求書は1部でOK

◆請求者確認欄 (チェック必須)	<input checked="" 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 checked="" 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 被保険者証の記号・番号	記号 999 - 番号 999999	② 被保険者の氏名 健保 太郎
③ 被保険者の住所	〒 111 - 1111 〇〇県△△市△×× 99-99 <small>※支給決定通知等の書類送付先となります ※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	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 : 090 - 9999 - 9999	
	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 メールアドレス	
⑤ 被保険者の勤務先	〇〇××株式会社	
⑥ 被保険者の資格取得日	昭和 平成 29年4月1日 <small>昭和 令和</small>	
⑦ 分娩年月日	令和 5 年 3 月 1 日	⑧ 分娩をした医療機関名 〇〇産婦人科医院
⑨ 出生児の氏名 健保 一郎	⑩ 被保険者と出生児の続柄 長男 ※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 : 健保 康子		(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		※家族の補償
(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③の記入が必要 <input type="checkbox"/> いいえ		
⑫ 「直接支払制度」を利用しなかった方は、医師・助産師の証明 ※あるいは、出生証明書(原本)、出生届受理証明書		
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	
市区町村長の証明	本筆頭者氏名	出生届出日 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	電話番号 ()

・多胎の場合は氏名を併記
・死産、流産、人口中絶の場合は
出生児の氏名記入不要

被保険者証に記載されている「資格取得日」を記入

保険証の「資格認定日」を記入

「はい」の場合は2ページ目の記入が必要

直接支払制度を利用した場合は、
病院または市区町村役場の証明は不要

注意事項

- ・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
- ・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
- ・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)

直接支払制度利用あり・なしで添付書類が変わりますので、ご注意ください
※【別紙】をご覧ください

※裏面もご確認ください。

《記入例》被扶養者が分娩した場合 2ページ目

1ページ目の⑪-(d)が「はい」 (=扶養認定6か月以内に出産) の場合、記入してください。 ※⑪-(d)が「いいえ」の場合、記入不要

⑬ 必ず「出産育児一時金等の直接支払制度」の利用合意文書のコピーを添付してください。

◆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回答を行うことを同意します。 コピーの添付を忘れずに

[1] ソニー健保に被扶養者として認定された健康保険組合等では、「被保険者」として加入していたか?
 はい チェック必須
 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 () 市区町村
 電話番号 ()

前健保の情報は必ず記入して下さい。
★詳細が不明な場合は、前健保へ問い合わせるなどして下さい

[3] [2]の被扶養者として加入していた会社名: △△△株式会社

[4] [2]の被保険者証の記号・番号
 記号 111111 番号 111111

[5] [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 健保 康子

[6] [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

[7] [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。

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照会を行うこと、また、関係機関から回答をすることにご同意いたします。
 ※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 5 年 3 月 20 日

出産した方の住所 〇〇県△△市△××99-99

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

同意書は出産した方が記入

⑭ 『分娩日時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か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(任意継続加入中)の健保組合等の名称と電話番号
記 入 不 要 () 健康保険組合

[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 特例退職被保険者は

振込先口座 口座名義人

●どちらか一方を記入

②の被保険者が在職中に請求する場合は記入不要

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。