

出産育児一時金・出産育児一時金付加金 請求書(受取代理制度用)

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	〒 — —		
	※支給決定通知の送付、及び不備書類返却に使用 ※海外在住の場合はメールアドレスを記入のこと			
	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 :		— —
		□自宅 □勤務先 □携帯 :		— —
		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
	※任意継続被保険者、特例退職被保険者は記入不要			昭和 平成 令和 年 月 日
	⑦家族(被扶養者)が分娩する場合は、分娩する方について記入してください。 ※家族の被保険者証に記載されている資格認定日を記入			
(a)氏名 :		(b)扶養認定日 : 昭・平・令 年 月 日		
(c)扶養認定日から6カ月以内の分娩ですか: <input type="checkbox"/> はい ⇒ ⑩、⑪をご記入ください <input type="checkbox"/> いいえ				
⑧分娩予定日	令和 年 月 日	⑨分娩する医療機関名		
⑩ 被保険者同意欄	<input type="checkbox"/> ⑦-(c)の理由により、ソニー健保が関係機関に情報照会を行うこと、関係機関が情報照会に回答を行うことを同意します。			

出 産 す る 方 が 記 入 す る と こ ろ	⑪ 被扶養者認定後6カ月以内の方(出産する方)が記入して下さい。	
	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、医療機関等を指します。 ※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	
出産する方の住所		-----
出産する方の氏名 (現在の氏名)		出産する方の 生年月日 : 昭・平 年 月 日

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 支店 当座 口座番号	口座名義人
	●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
<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。				

受 付 印

次ページの注意事項をご確認ください。  
受取代理人(医療機関等)の方は次ページを  
ご記入ください。

《次ページへ》

被保険者証の記号・番号	記号	被保険者の氏名	
	番号		

### 受取代理人の欄（医療機関等が記入する）

甲は医療機関等である乙を代理人等と定め、次の権限を委任します。  
 甲がソニー健康保険組合に請求する出産育児一時金及び同付加金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額（1児につき上限70万円※①）の受領に関する事。  
 また、甲は出産育児一時金の医療機関等への直接支払制度は利用しません。

令和 年 月 日

〒 -

甲(被保険者)の 住所

氏名

〒 -

乙(代理人)の

住所

名称

氏名

Ⓜ （自著の場合は押印を省略できます）

電話番号

受取代理人に対する 支払金融機関の欄	銀行		店番（ ）	本店・営業所 支店・出張所
	預金種目	普通・当座	口座番号	
	口座名義	(カタカナで記入)		

### 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」=ソニーグループの社員  
「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
- ・訂正した場合は、訂正箇所を二重線で抹消し自筆でサインして下さい。

#### 【被保険者の方へ】

1. 分娩予定日まで2ヶ月以内になりましたらご提出ください。
2. 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)

#### 【医療機関の方へ】

- ① 資格喪失後の分娩は法定給付のみの上限50万円となりますので予めご了承ください。
- ② 受取代理払いの受付については、当組合にてこの請求書を受領後、書面にてお知らせいたします。
- ③ 分娩費用の支払いは、『分娩費請求書の写し』及び『出生証明書類の写し』を当組合が受領した日の翌月又は翌々月20日になります(21日以降の受領の場合翌々月)。

《記入例》被保険者が受取代理制度を利用して分娩する場合 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

★多胎分娩でも請求書は1部でOK

チェック必須

一時金・出産育児一時金付加金 請求書(受取代理制度用)

◆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 花子
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	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 : 090 - 1111 - 2222
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) 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 令和
⑦ 家族(被扶養者)が分娩する場合は、分娩する方について記入してください	記入不要
(a) 氏名 :	記載されている資格認定日を記入 年 月 日
(c) 扶養認定日から6か月以内の分娩ですか?	<input type="checkbox"/> はい → ⑧、⑨を記入ください <input type="checkbox"/> いいえ
⑧ 分娩予定日	令和 5年 3月 5日
⑨ 分娩する医療機関名	〇×産婦人科
⑩ 被保険者同意欄	<input checked="" type="checkbox"/> ⑦-(c)の理由により、ソニー健保が関係機関に情報照会を行うこと、関係機関が情報照会に回答を行うことを同意します。

被保険者証に記載されている「資格取得日」を記入

記入不要

記入不要

在職中に請求する場合は  
記入不要

受付印

次ページの注意事項をご確認ください。  
受取代理人(医療機関等)の方は次ページを  
ご記入ください。

《次ページへ》

《記入例》被保険者が受取代理制度を利用して分娩する場合 2ページ目

被保険者証の記号・番号	記号	999	被保険者の氏名	健保 花子
	番号	999999		

受取代理人の欄（医療機関等が記入する）

甲は医療機関等である乙を代理人等と定め、次の権限を委任します。  
 甲がソニー健康保険組合に請求する出産育児一時金及び同付加金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額(1児につき上限70万円※①)の受領に関すること。  
 また、甲は出産育児一時金の医療機関等への直接支払制度は利用しません。

令和 5 年 2 月 2 日

〒 111- 1111  
 甲(被保険者)の 住所 ○○県△△市××99-99  
 氏名 健保 花子

被保険者自身  
が記入

乙(代理人)の  
住所

〒 -

医療機関に記入してもらう

を省略できます)

本店・営業所  
支店・出張所

受取代理人に対する  
支払金融機関の欄

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」=ソニーグループの社員  
 「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
- ・訂正した場合は、訂正箇所を二重線で抹消し自筆でサインして下さい。

【被保険者の方へ】

1. 分娩予定日まで2ヶ月以内になりましたらご提出ください。
2. 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)

【医療機関の方へ】

- ① 資格喪失後の分娩は法定給付のみの上限50万円となりますので予めご了承ください。
- ② 受取代理払いの受付については、当組合にてこの請求書を受領後、書面にてお知らせいたします。
- ③ 分娩費用の支払いは、『分娩費請求書の写し』及び『出生証明書類の写し』を当組合が受領した日の翌月又は翌々月20日になります(21日以降の受領の場合翌々月)。

《記入例》被扶養者が受取代理制度を利用して分娩する場合 1ページ目

ソニー健康保険組合 理事長 殿

★多胎分娩でも請求書は1部でOK

健康保険 被保険者  
家 族

出産

チェック必須

産育児一時金付加金 請求書(受取代理制度用)

◆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 <small>※支給決定通知の送付、及び不備書類返却に使用 ※海外在住の場合はメールアドレスを記入のこと</small>	〒 111 - 1111 〇〇県△△市××99-99		
④日中連絡の取れる電話番号 <small>※お問い合わせの際に使用します (複数可)</small>	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 : 090 - 1111 - 2222 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 : - - メールアドレス : 0abcde111@〇〇〇.××		
	⑤ 被 保 険 者 の 本 籍 会 社 名 <small>※任意継続被保険者、特例退職被保険者は記入不要</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)		⑥被保険者の資格 昭和 29年4月1日 平成 令和	〇〇××株式会社
⑦家族(被扶養者)が分娩する場合は、分娩する <small>※家族の被保険者証に記載されている資格認定日を記入</small>			
(a)氏名 : 健保 康子		(b)扶養認定日 : 昭・平 令 4年 12月 1日	
(c)扶養認定日から6か月以内の分娩ですか: <input checked="" type="checkbox"/> はい ⇒ ⑩、⑪をご記入ください <input type="checkbox"/> いいえ			
⑧分娩予定日	令和 5年 3月 5日	⑨分娩する医療機関名	〇×産婦人科
⑩ 被保険者同意欄	<input checked="" type="checkbox"/> ⑦-(c)の理由により、ソニー健保が関係機関に情報照会を行うこと、関係機関が情報照会に回答を行うことを同意します。		

保険証の「資格認定日」を記入

被保険者が記入するところ

⑦-(c)が「はい」の場合、チェック必須

⑦-(c)が「はい」の場合は⑩のチェックと⑪同意書を記入

産する方が記入するところ

⑦-(c)が「はい」の場合、チェック必須

⑦-(c)が「はい」の場合は⑩のチェックと⑪同意書を記入

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、医療機関等を指します。  
 ※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 2月 2日

出産する方の住所 〇〇県△△市××99-99

出産する方の氏名(現在の氏名) 健保 康子 出産する方の生年月日 : 昭・平 7年 8月 8日

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

振込先口座

●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

被保険者は  
義人

□ 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。

次ページの注意事項をご確認ください。  
受取代理人(医療機関等)の方は次ページをご記入ください。

受 付 印

《次ページへ》



《記入例》被扶養者が受取代理制度を利用して分娩する場合 2ページ目

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

受取代理人の欄（医療機関等が記入する）

甲は医療機関等である乙を代理人等と定め、次の権限を委任します。  
 甲がソニー健康保険組合に請求する出産育児一時金及び同付加金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額(1児につき上限70万円※①)の受領に関すること。  
 また、甲は出産育児一時金の医療機関等への直接支払制度は利用しません。

令和 5 年 2 月 2 日

〒 111 - 1111

甲(被保険者)の 住所 ○○県△△市××99-99  
 氏名 健保 太郎

被保険者が記入

乙(代理人)の

〒 -  
 住所  
 名称  
 氏名  
 電話番号

医療機関に記入してもらう

(省略できます)

受取代理人に対する  
 支払金融機関の欄

行  
 預金

本店・営業所  
 支店・出張所

口座名義

(カタカナで記入)

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」=ソニーグループの社員  
 「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
- ・訂正した場合は、訂正箇所を二重線で抹消し自筆でサインして下さい。

【被保険者の方へ】

1. 分娩予定日まで2ヶ月以内になりましたらご提出ください。
2. 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)

【医療機関の方へ】

- ① 資格喪失後の分娩は法定給付のみの上限50万円となりますので予めご了承ください。
- ② 受取代理払いの受付については、当組合にてこの請求書を受領後、書面にてお知らせいたします。
- ③ 分娩費用の支払いは、『分娩費請求書の写し』及び『出生証明書類の写し』を当組合が受領した日の翌月又は翌々月20日になります(21日以降の受領の場合翌々月)。