

出産育児一時金・出産育児一時金付加金 請求書（海外）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	◆請求者確認欄 (チェック必須)	☐ 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。			
		☐ 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	昭和 平成 令和 年 月 日
	※任意継続被保険者、特例退職被保険者は記入不要				
	⑦分娩年月日	平成 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。 ※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ヵ月以内の分娩ですか : ☐ はい ⇒ 2ページ目⑫の記入が必要 ☐ いいえ					

出 産 し た 方 が 記 入 す る と こ ろ	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)	出産した方の 生 年 月 日 : 昭・平 年 月 日

医 師 の 証 明	出 生 証 明 書 Birth Certificate			
	分娩した者の氏名 Name of mother		分娩年月日 Date of birth	(DD/MM/CCYY)
	出産の種類 Kind of Birth	Total number born live : Total number stillborn :	妊娠週数 Duration of pregnancy	weeks and days
	上記のとおり証明する。 Certify the information provided above is true.			日付 Date / /
	医療機関の所在地 Address of medical institution			
	医療機関の名称 Name of medical institution			
	担当医の氏名 Name of attending physician		サイン Signature	

2 ページ目の注意事項をご確認ください。
(2 ページ目項目に該当する方は確認・記入を忘れずに)

受 付 印

被保険者証の記号・番号	記号	被保険者の氏名	
	番号		

⑫ ⑪-(c) 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)	☐ ⑫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

⑬ 『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。
※付加給付金は支給対象外となります。（任意継続加入中に分娩した場合、記入の必要ありません）

[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	
		郵便局	支店 記号(5桁)	当座 口座番号 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。					

注意事項

- 1 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
- 2 直接請求書に医師の証明を受けられないときは、以下のいずれか1点を添付してください。
『出生証明書（原本）』・『出生届受理証明書（原本）』・『戸籍抄本（原本）』
- 3 海外渡航の確認のためパスポートのコピー（顔写真ページと出入国記録ページ）を添付してください。
- 4 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。
- 5 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）

《記入例》被保険者が海外で分娩した場合 1ページ目

ソニー健康保険組合 理事長殿

チェック必須

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)		☒ 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。 ☒ 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	※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 abcde111@sony.com		
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 複数可	☐ 自宅 ☐ 勤務先 ☒ 携帯 : +9999 - 9999 - 9999		
⑤ 被 保 険 者 の 本 籍 会 社 名 ※任意継続被保険者、特例退職被保険者は記入不要	※出向中の方は出向元会社（給与の支払を受けている会社） ○○××株式会社		⑥被保険者の の資格 取得日 昭和 29年 4月 1日 令和
⑦分娩年月日	平成 5年 3月 3日 令和	※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 ×××Hospital	
⑨出生児の氏名	健保 一郎	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。			
(a)氏 名 :		記入不要	
(c)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⑫の記入が必要 ☐ いいえ	

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 5年 3月 25日

担当医より証明を受けてください

または、いずれか1点を添付

- ・出生証明書（原本）
- ・出生届受理証明書（原本）
- ・戸籍抄本（原本）

xxx□□●●△△ USA

花子

出生した方の
生年月日 : 昭・平 5年 9月 3日

証 明 書 Birth Certificate

分娩した者の氏名 Name of mother	Hanako	分娩年月日 Date of birth	3 / 3 / 2023 (DD/MM/CCYY)
出産の種類 Kind of Birth	Total number born live : 1 Total number stillborn : 0	妊娠週数	38 weeks and 4 days
上記のとおり証明する。 Certify the infomation provided above is true.		日付 Date	20 / 5 / 2023
医療機関の所在地 Address of medical institution	1111 ▲▲○○●●△△ USA		
医療機関の名称 Name of medical institution	××××Hospital		
担当医の氏名 Name of attending physician	John Smith	サイン Signature	John Smith

該当がない場合
必ず「0」を記入

2ページ目の注意事項をご確認ください。

(2ページ目項目に該当する方は確認・記入を忘れずに)

受 付 印

⑫ ⑪-(c) 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)

☐ ⑫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同意することを確認済み

[1] ソニー健保に被扶養者として加入していた健康保険組合等

☐ はい
☐ いいえ ⇒ 家族

[2] ソニー健保に被扶養者として加入していた健康保険組合等

[3] [2] の被保険者証の記号・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

健康保険組合
支部
市区町村
()
番号

記入不要

⑬ 『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。
※付加給付金は支給対象外となります。(任意継続加入中に分娩した場合、記入の必要ありません)

[1] ソニー健保の資格を喪失している(任意継続加入している)健康保険組合等

[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

健康保険組合
支部
市区町村
()

資格喪失後6か月以内に出産した場合は記入が必要

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してください。

退職者・退職予定者

退職している
退職の予定あり

任意継続被保険者、特例退職被保険者は

振込先口座
●どちらか一方を記入

郵便局

座 名 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。

在職中に請求する場合は
記入不要

注意事項

- 1 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
- 2 直接請求書に医師の証明を受けられないときは、以下のいずれか1点を添付してください。
『出生証明書(原本)』・『出生届受理証明書(原本)』・『戸籍抄本(原本)』
- 3 海外渡航の確認のためパスポートのコピー(顔写真ページと出入国記録ページ)を添付してください。
- 4 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。
- 5 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)

出産した方のパスポートのコピーを添付してください

《記入例》被扶養者(家族)が海外で分娩した場合 1ページ目

チェック必須

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)	☒ 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。 ☒ 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	〒 - - ※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 abcde111@sony.com		
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 - 9999 - 9999		
⑤被保険者の本籍会社名 ※任意継続被保険者、特例退職被保険者は記入不要	※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××株式会社		
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	平成 5 年 3 月 3 日 ×××Hospital		
⑧出生児の氏名	健保 一郎 長男 ※長男・長女等を記入		
⑨家族(被扶養者)が分娩した場合は、分娩した方、 ※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 : 健保 花子 (b)扶養認定日 : 昭・平 5 年 1 月 1 日 (c)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⑫の記入が必要 ☐ いいえ			

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 **5** 年 **3** 月 **25** 日

担当医より証明を受けてください

または、いずれか1点を添付

- ・出生証明書(原本)
- ・出生届受理証明書(原本)
- ・戸籍抄本(原本)

xx□□ ●●△△ USA

花子

出生した方の
生年月日 : 昭・平 **5** 年 **9** 月 **3** 日

証明書 Birth Certificate

分娩した者の氏名 Name of mother	Hanako	分娩年月日 Date of birth	3 / 3 / 2023 (DD/MM/CCYY)
出産の種類 Kind of Birth	Total number born live : 1 Total number stillborn : 0	妊娠週数	38 weeks and 4 days
上記のとおり証明する。 Certify the infomation provided above is true.		日付 Date	20 / 5 / 2023
医療機関の所在地 Address of medical institution	1111 ▲▲○○●●△△ USA		
医療機関の名称 Name of medical institution	××××Hospital		
担当医の氏名 Name of attending physician	John Smith	サイン Signature	<i>John Smith</i>

2ページ目の注意事項をご確認ください。

(2ページ目項目に該当する方は確認・記入を忘れずに)

受 付 印

《記入例》被扶養者(家族)が海外で分娩した場合 2 ページ目

被扶養者	1 ページ目⑪-④で「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。※⑪-④が「いいえ」の場合、記入不要です	
② [⑪-④] が「はい」の方は、 チェック必須 情報をご記入ください。		
◆被保険者確認欄 (チェック必須)	☒ ②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] ソニー加入し	() 健康保険組合 全国健康保険協会 (〇〇〇) 支部 国民健康保険 () 市区町村 電話番号 1111 (1111) 1111 勤務していた会社名: △△△株式会社	
[3] [2] の被保険者証の記号・番号	記号 111111 番号 111111	
[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 健保 花子	
[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	
⑬ 『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。 ※付加給付金は支給対象外となります。(係属継続加入者で分娩した場合、記入の必要ありません)		
[1] ソニー健保の資格を喪失している) 健保組合	() 健康保険組合 () 支部 () 市区町村 ()	
[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 振込先口座 ●どちらか一方を記入 □ 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。	
②の被保険者が在職中に請求する場合は記入不要		
退職被保険者は 名 義 人		

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
- 直接請求書に医師の証明を受けられないときは、以下のいずれか1点を添付してください。
 『出生証明書(原本)』・『出生届受理証明書(原本)』・『戸籍抄本(原本)』
- 海外渡航の確認のためパスポートのコピー(顔写真ページと出入国記録ページ)を添付してください。
- 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。
- 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)

出産した方のパスポートのコピーを添付してください