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

① 被保険者証の記号・番号	記号 番号	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は押印不要		㊞
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 ：　　－　　－			
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) ※任意継続被保険者・特例退職被保険者記入不要		⑥被保険者の資格取得日	昭和 平成　　年　月　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。※被保険者本人が分娩する場合は記入不要

(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⑫の記入が必要　□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委任状(押印必須)
※退職者、任意継続被保険者、特例退職被保険者の方は記載不要

私は⑤に記載の事業所を代理人と定め、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を委任します。

令和　　年　　月　　日

被保険者住所

被保険者氏名　　㊞　※シャチハタ、日付印不可
※外国国籍を有する方のみサイン可

この請求書を提出する時点で退職している、もしくは１ヶ月以内に退職する方は、以下の振込先に被保険者名義の振込先を記入して下さい。※任意継続被保険者、特例退職被保険者の方は記載不要

⑪振込希望口座 ※銀行か郵便局のどちらか一方を記入	銀行	銀行	普通	店　番	ﾌﾘｶﾞﾅ
		支店	当座	口座番号	名義人 氏名
	郵便局	記号(5桁)	番号(8桁)		

受取代理人の欄

甲は医療機関等である乙を代理人と定め、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62万円※❶)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　　年　　月　　日

甲(被保険者)の 住所
氏名　　㊞

乙(代理人)の 住所 〒　　－

医療機関の 名称
氏名　　㊞
電話番号

受取代理人に対する金融機関の欄	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)

受付印

【 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. 「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です。
   ※所持している保険証をご確認ください。
3. 訂正した場合は、必ず訂正印を押して下さい。
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)

【 医療機関の方へ 】

❶ 資格喪失後の分娩は法定給付のみの上限42万円となりますので予めご了承ください。
❷ 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。
❸ 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20日になります。

※個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用致しません。

被保険者証の記号・番号	記号　　番号
被保険者の氏名	

⑫ ⑦の方が、扶養認定日[⑦-(d)]から6ヵ月以内の分娩の場合、⑦の方についての情報をご記入ください。	
[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	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ヵ月以内の分娩に限ります。 (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

《記入例》被扶養者（家族）が受取代理制度を利用して分娩する場合　1ページ目

★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

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は押印不要	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	〒 999 － 9999 ○○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　：　090 － 9999 －9999 □自宅　□		
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） ※任意継続被保険者・特例退職被保険者記入不要	○○××株式会社	⑥被保険者の資格取得日	平成 29 年 4月 1 日 令和

被保険者証に記載されている「資格取得日」を記入

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。※被保険者本人が分娩した場合は記入不要

(a)氏　名：健保　花子　　(b)生年月日：昭・平 5 年 4 月 3 日

(c)扶養認定日：昭・平・令 31 年 1 月 1 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⑫の記入が必要　□いいえ

⑧分娩予定日	令和 元 年 8 月 1 日	⑨分娩する医療機関名	○○産婦人科医院

⑩委任状（押印必須）
※退職者、任意継続被保険者、特例退職被保険者の方は記載不要

私は⑤に記載の事業所を代理人と定め、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を委任します。

令和 元 年 5 月 25 日

被保険者住所○○県△△市××99-99

被保険者氏名 健保　太郎　　※シャチハタ、日付印不可
※外国国籍を有する方のみサイン可

この請求書を提出する時点で退職している、もしくは1ヶ月以内に退職する方は、以下の振込先に被保険者名義の振込先を記[illegible]要

被保険者（②）が在職中に請求する場合は記入不要

⑪振込希望口座 ※銀行か郵便局のどちらか一方を記入	銀[illegible]		ｹﾝﾎﾟ　ﾀﾛｳ 健保　太郎
	郵便		

受取代理人の欄

甲は医療機関等である乙を代理人と定め、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62万円※❶）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 元 年 5 月 25 日

甲（被保険者）の住所 ○○県△△市××99-99
氏名 健保　太郎

乙（代理人）の住所 〒　－
医療機関の 名[illegible]
氏[illegible]
電話番[illegible]

医療機関に記入してもらう

受取代理人に対する金融機関の欄						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)	

受　付　印

【 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. 「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です。
   ※所持している保険証をご確認ください。
3. 訂正した場合は、必ず訂正印を押して下さい。
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）

【 医療機関の方へ 】

❶ 資格喪失後の分娩は法定給付のみの上限42万円となりますので予めご了承ください。
❷ 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。
❸ 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20日になります。

※個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用致しません。

《記入例》被扶養者（家族）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　　番号　999999
被保険者の氏名	健保　太郎

⑫　⑦の方が、扶養認定日[⑦-(d)]から6ヵ月以内の分娩の場合、⑦の方についての情報をご記入ください。	
[1]ソニー健保に被…入していましたか？ ☑ はい ☐ いいえ ⇒	
[2] ソニー健保に… 加入していた…	）健康保険組合 ○○　）支部 ）市区町村 電話番号　999　（　999　）　9999 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　11111　　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	氏名　健保　花子
[5] [2]での保険加入期間	昭・平・令　28年　4月　1日～　平成・令30年　12月　31日

扶養認定日から６ヵ月以内の分娩の場合必ず記入

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。 ※資格喪失後6ヵ月以内の分娩に限ります。 （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… 入している）健保組合等の名称と…	）健康保険組合 …康保険協会（　　）支部 …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

記入不要

《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

★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

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は押印不要	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	〒 999 － 9999 ○○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　：　090 － 9999 －9999 □自宅　□		
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） ※任意継続被保険者・特例退職被保険者記入不要	○○××株式会社	⑥被保険者の資格取得日	平成 29 年 4月 1 日 令和

被保険者証に記載されている「資格取得日」を記入

⑦家族（被扶養者）が分娩する場合は、[redacted]被保険者本人が分娩する場合は記入不要

記入不要

(a)氏　名：　　年　月　日

(c)扶養認定日：昭・平・令　年　[redacted]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⑫の記入が必要　□いいえ

⑧分娩予定日	令和 元 年 8 月 1 日	⑨分娩する医療機関名	○○産婦人科医院

⑩委任状（押印必須）

※退職者、任意継続被保険者、特例退職被保険者の方は記載不要

私は⑤に記載の事業所を代理人と定め、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を委任します。

令和 元 年 5 月 25 日

被保険者住所○○県△△市××99-99

被保険者氏名 健保　花子　※シャチハタ、日付印不可　※外国国籍を有する方のみサイン可

この請求書を提出する時点で退職している、もしくは1ヶ月以内に退職する方は、以下の振込先に被保険者名義の振込先を記入し[redacted]不要

在職中に請求する場合は記入不要

⑪振込希望口座 ※銀行か郵便局のどちらか一方を記入	銀行		ｹﾝﾎﾟ ﾊﾅｺ 健保　花子
	郵便局	[redacted]	

受取代理人の欄

甲は医療機関等である乙を代理人と定め、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62万円※❶）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 元 年 5 月 25 日

甲（被保険者）の住所 ○○県△△市××99-99
氏名 健保　花子

乙（代理人）の住所 〒　－

医療機関の名称
氏名
電話番号

医療機関に記入してもらう

受取代理人に対する金融機関の欄	[redacted]					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)

受　付　印

【 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. 「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です。
   ※所持している保険証をご確認ください。
3. 訂正した場合は、必ず訂正印を押して下さい。
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）

【 医療機関の方へ 】

❶ 資格喪失後の分娩は法定給付のみの上限42万円となりますので予めご了承ください。
❷ 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。
❸ 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20日になります。

※個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用致しません。

《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　　番号　999999
被保険者の氏名	健保　花子

⑫ ⑦の方が、扶養認定日[⑦-(d)]から6ヵ月以内の分娩の場合、⑦の方についての情報をご記入ください。	
[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 加入していた健保組合等の名称と電	（　　）健康保険組合 険協会（　　）支部 康保険（　　）市区町村 （　　） 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	氏名
[5] [2]での保険加入期間	昭・平・令　年　月　日～ 平・令　年　月　日

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。 ※資格喪失後6ヵ月以内の分娩に限ります。 (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 入している)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　1111　番号　222222
[3] [1]の被保険者氏名	氏名　健保　太郎

ソニー健保加入中に分娩した場合は
記入不要