

支給額	百万	拾万	万	千	百	十	円	支払日	常務理事	事務長	係	係
内訳	法定							平成 年 月 日				
	付加											

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、押印不要 ※押印の際は、シャチハタ・日付印不可		
	③ 被保険者の住所	〒 -		
	④ 日中連絡の取れる電話番号	☐自宅 ☐勤務先 ☐携帯 : - -		
	⑤ 被保険者の本籍会社名	☐自宅 ☐勤務先 ☐携帯 : - -		
	⑥ 被保険者の資格取得日	昭・平 年 月 日		
	⑦ 家族(被扶養者)が分娩したための請求の場合はその者の	(a) 氏名 :		
		(b) 生年月日 :	昭・平 年 月 日	
		(c) 扶養認定日 :	昭・平 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か月以内の分娩ですか :	☐はい ⇒ ⑮の記入が必要です ☐いいえ ⇒ ⑮は記入不要です	
	⑧ 分娩予定日	昭・平 年 月 日		
	⑨ 分娩する医療機関名			
	⑩ この請求書を提出する時点で被保険者が退職している、もしくは1ヶ月以内に退職することがあきらかですか	☐はい ⇒ ⑪へ		
☐いいえ ⇒ ⑬へ(⑪~⑫記入不要)				
⑪ この請求書を提出する時点で退職後の健康保険制度(任意継続被保険者制度・特例退職者医療制度)に加入していますか	☐はい ⇒ ⑫~⑬記入不要			
	☐いいえ ⇒ ⑫へ(⑬記入不要)			
⑫ 振込希望口座	銀行	銀行 普通 店 番 支店 当座 口座番号	フリガナ 名義人氏名	
	郵便局	記号 番号	フリガナ 名義人氏名	
⑬ 委任状(押印必須) ●外国国籍を有する方のみサイン可	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被保険者に対する支払いの受領について委任します。		平成 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	

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※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。			平成 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)

〔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. 訂正した場合は、必ず訂正印を押して下さい。
3. 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〕

- ① 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。
 - 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末になります。
- ※ 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。

受 付 印

被保険者証の記号・番号	記号	番号
被保険者の氏名		

⑭「資格喪失後出産育児一時金」を請求する方はご記入ください。 (任意継続をしている間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・被保険者と家族との続柄	氏名	続柄



⑮「家族出産育児一時金」を請求する方で、家族(被扶養者)が 扶養認定日[オモテ⑦-(c)]から6ヵ月以内に分娩した方はご記入ください。		
[1] 家族が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	
[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・被保険者と家族との続柄	氏名	続柄
[4] [1]での保険加入期間	昭・平	年 月 日～平成 年 月 日
[5] 家族が勤務していた会社名と電話番号	会社名	電話番号 ()



《記入例》被保険者が受取代理制度を利用して出産した場合 1ページ目

★多胎分娩でも請求書は1部でOK

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)

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	健保 明子  ※被保険者本人が氏名を記入した場合、押印不要 ※押印の際は、シャチハタ・日付印不可														
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 〇〇県△△市××9-9														
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	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 : 9999 - 99 - 9999 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 : 090 - 9999 - 9999														
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	〇〇××株式会社 被保険者証に記載されている「資格取得日」を記入														
⑥ 被保険者の資格取得日	昭(平) 8 年 4 月 1 日														
⑦ 家族(被扶養者)が分娩したための請求の場合はその者の	(a) 氏名 :														
	(b) 生年月日	記入不要													
	(c) 扶養認定日	記入不要													
	(d) 扶養認定日から6か月以内の分娩ですか :	<input checked="" type="checkbox"/> はい ⇒ ⑮の記入が必要 <input type="checkbox"/> いいえ ⇒ ⑮は記入不要です													
⑧ 分娩予定日	昭(平) 25 年 1 月 20 日														
⑨ 分娩する医療機関名	〇〇〇産婦人科医院														
⑩ この請求書を提出する時点で被保険者が退職している、もしくは1ヶ月以内に退職することがあきらかですか	<input type="checkbox"/> はい ⇒ ⑪へ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ⇒ ⑬へ(⑪～⑭記入不要)														
⑪ この請求書を提出する時点で退職後の健康保険制度(任意継続被保険者制度・特例退職者医療制度)に加入していますか	<input type="checkbox"/> はい ⇒ ⑫～⑬記入不要 <input type="checkbox"/> いいえ ⇒ ⑫へ(⑬記入不要)														
⑫ 振込希望口座	銀行 <table border="1"> <tr> <td>銀行</td> <td>普通</td> <td>店番</td> <td>フリガナ</td> </tr> <tr> <td>支店</td> <td>当座</td> <td>口座番号</td> <td>名義人氏名</td> </tr> </table> 郵便局 <table border="1"> <tr> <td>記号</td> <td>番号</td> <td>フリガナ</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>名義人氏名</td> </tr> </table> ●銀行か郵便局のどちらか一方を記入	銀行	普通	店番	フリガナ	支店	当座	口座番号	名義人氏名	記号	番号	フリガナ			名義人氏名
銀行	普通	店番	フリガナ												
支店	当座	口座番号	名義人氏名												
記号	番号	フリガナ													
		名義人氏名													
⑬ 委任状 (押印必須) ●外国国籍を有する方のみサイン可	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被保険者に対する支払いの受領について委任します。 平成 24 年 12 月 5 日 被保険者住所 〇〇県△△市××9-9 被保険者氏名 健保 明子  ※シャチハタ、日付印不可														

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※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。 平成 24 年 12 月 5 日								
	甲(被保険者)の住所	〇〇県△△市××9-9							
	氏名	健保 明子 							
	乙(代理人)の住所	〒 999 - 0000 △△県〇〇市××00-00							
医療機関の名称	〇〇〇産婦人科医院								
氏名	婦人科 太郎 								
電話番号	000 病院で記入をしてもらう								
受取代理人に対する金融機関の欄	銀行 <table border="1"> <tr> <td>預金種目</td> <td>口座番号</td> <td>店番</td> <td>フリガナ</td> </tr> <tr> <td>普通・当座</td> <td>9999999</td> <td>999</td> <td>△△△△</td> </tr> </table> 本店 営業所 支店 出張所 〇〇〇サンフジンカイイン (カタカナで記入)	預金種目	口座番号	店番	フリガナ	普通 ・当座	9999999	999	△△△△
預金種目	口座番号	店番	フリガナ						
普通 ・当座	9999999	999	△△△△						

- [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. 訂正した場合は、必ず訂正印を押して下さい。
 3. 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]
- ① 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。
 - 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末になります。
- ※ 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出産した場合 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 明子	

⑭「資格喪失後出産育児一時金」を請求する方はご記入ください。
(任意継続をしている間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ている健保組合等の名称と電話番号	() 健康保険組合 健康保険協会 () 支部 健康保険 () 市区 番号 () 町村
[2] [1]の被保険者証の記号・番号	
[3] [1]の被保険者氏名・被保険者と家族との続柄	氏名 続柄

記入不要

⑮「家族出産育児一時金」を請求する方で、家族(被扶養者)が
扶養認定日[オモテ⑦-(c)]から6ヵ月以内に分娩した方はご記入ください。

[1] 家族が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 健康保険 () 市区 番号 () 町村
[2] [1]の被保険者証の記号・番号	
[3] [1]の被保険者氏名・被保険者と家族との続柄	続柄
[4] [1]での保険加入期間	昭・平 年 月 日～平成 年 月 日
[5] 家族が勤務していた会社名と電話番号	会社名 電話番号 ()

記入不要

《記入例》被扶養者が受取代理制度を利用して出産した場合 1ページ目

★多胎分娩でも請求書は1部でOK

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)

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	健保 太郎	<small>※被保険者本人が氏名を記入した場合、押印不要 ※押印の際は、シャチハタ・日付印不可</small>
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>	〒 999 - 9999 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 checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 : 9999 - 99 - 9999 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 : 090 - 9999 - 9999	
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) ※任意継続被保険者・特例退職被保険者記入不要</small>	〇〇××株式会社	被保険者証に記載されている「資格取得日」を記入
⑥	被保険者の資格取得日	昭(平) 8 年 4 月 1 日	
⑦	家族(被扶養者)が分娩したための請求の場合はその者の	(a) 氏名 : 健保 花子	
		(b) 生年月日 : 昭(平) 50 年 4 月 14 日	
		(c) 扶養認定日 : 昭(平) 24 年 12 月 1 日	<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>
		(d) 扶養認定日から6ヵ月以内の分娩ですか :	<input checked="" type="checkbox"/> はい ⇒ ⑩の記入が必要です <input type="checkbox"/> いいえ ⇒ ⑩は記入不要です
⑧	分娩予定日	昭(平) 25 年 1 月 20 日	
⑨	分娩する医療機関名	〇〇〇産婦人科医院	
⑩	この請求書を提出する時点で被保険者が退職している、もしくは1ヶ月以内に退職することがあきらかですか	<input type="checkbox"/> はい ⇒ ⑪へ	
		<input checked="" type="checkbox"/> いいえ ⇒ ⑬へ(⑪～⑫記入不要)	
		<input type="checkbox"/> はい ⇒ ⑫～⑬記入不要 <input type="checkbox"/> いいえ ⇒ ⑫へ(⑬記入不要)	
⑫	振込希望口座	銀行	銀行 普通 店番 支店 当座 口座番号 フリガナ 名義人氏名
		郵便局	記号 番号 フリガナ 名義人氏名
⑬	委任状 (押印必須) <small>●外国国籍を有する方のみサイン可</small>	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被保険者に対する支払いの受領について委任します。	平成 24 年 12 月 5 日 被保険者住所 〇〇県△△市××99-99 被保険者氏名 健保 太郎

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※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。			平成 24 年 12 月 5 日
	甲(被保険者)の住所	〇〇県△△市××99-99		
	氏名	健保 太郎		
	乙(代理人)の住所	〒 999 - 0000 △△県〇〇市××00-00		
	医療機関の名称	〇〇〇産婦人科医院		
氏名	婦人科 太郎			
電話番号	000			
病院で記入をしてもらう				
受取代理人に対する金融機関の欄	預金種目	口座番号	口座名義	本店 営業所 支店 出張所
	普通 ・当座	9999999	〇〇〇サンフジカイイン	

[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. 訂正した場合は、必ず訂正印を押して下さい。
3. 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]

- ① 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。
- 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末になります。

※ 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。

受 付 印

《記入例》被扶養者が受取代理制度を利用して出産した場合 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	

⑭「資格喪失後出産育児一時金」を請求する方はご記入ください。
(任意継続をしている間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ている健保組合等の名称と電話番号	() 健康保険組合 () 支部 () 市区町村 番号 ()
[2] [1]の被保険者証の記号・番号	
[3] [1]の被保険者氏名・被保険者と家族との続柄	氏名 続柄

記入不要

⑮「家族出産育児一時金」を請求する方で、家族(被扶養者)が扶養認定日[オモテ⑦-(c)]から6ヵ月以内に分娩した方はご記入ください。

[1] 家族がソニー健保に被扶養していた健保組合等の名称と	(×××) 健康保険組合 () 支部 () 市区町村 (×××) ××××
[2] [1]の被保険者証の記号	
[3] [1]の被保険者氏名・被保	本人
[4] [1]での保険加入期間	平成 24 年 11 月 30 日
[5] 家族が勤務していた会社	電話番号 ××× (×××) ××××

扶養認定日から6ヵ月以内の分娩の場合記入必要