

		常務理事	事務長	精 算	担 当
健保組合記入欄	支給対象者が家族の場合はその認定日	昭和 年 月 日 平成 令和	支 給 額	円	
	備 考				

出産育児一時金等請求書 (海外出産時)

被保険者の記入する欄	被保険者 証	記号 番号		被保険者氏名	㊞		
	事業所名称					請求金額	円
	分娩年月日	令和 年 月 日			生産・死産の別	生産・死産(妊娠 ケ月)	
	分娩した者が家族であるときはその者の 続柄	氏名				生年月日	昭和 年 月 日 平成
						当組合以外からこの給付を受けていますか	受けた・申請中・受けない
	本請求金額の受領を 令和 年 月 日 古河健康保険組合理事長 殿				を代理人と定め委任致します。 被保険者氏名		
事業主の証明する欄	上記の通り相違ない事を証明します。 令和 年 月 日 古河健康保険組合理事長 殿 事業主 氏名						

(注意事項) 以下の添付書類が必要になります。

- ・出産を行った医療機関等が発行する書類(出産証明書、領収書等)※原則は原本提出、写しも可。
- ・上記書類の日本語翻訳
- ・出産時に海外に渡航した事実が確認できる書類(パスポート等)の写し
- ・現地の医療機関等に対して出産の事実、内容等の照会を行う同意書※別紙「調査にかかる同意書」

調査にかかる同意書

Agreement of Authorization

古河健康保険組合 御中

私（海外出産をした者）は、古河健康保険組合または古河健康保険組合が委託した事業者が自ら、私が提出した出産育児一時金の支給申請書類に記載された事実（出産を行った日時、場所、内容等）を確認するため、当該海外出産の介助を行った者（海外の医療機関等）に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

なお、国や地域、医療機関から別途同意書や委任状等を求められた場合、当該書類に必要事項を記載することや、その他の書類が必要となる場合に当該必要書類の提示等に協力することも、併せて同意します。

To : Furukawa Kenkouhokenkumiai

I, as a person who deliver overseas, authorize Furukawa Kenkouhokenkumiai and its outsourcing contractor(s) to refer and obtain any and all factual infomation related to my application document(s) for Childbirth Lump-Sum Allowance including information of delivery date, place, and any treatment records from the delivery assistance (medical organization etc.) in order to verify the fact of the delivery.

Further, I agree to fill out other document(s) if countries, regions or medical organizations require to submit consent letter or authorization letter in their format, and agree to provide help to submit other document(s) if it is necessary along verification process written above.

・出産日：_____年_____月_____日

・Delivery date : Year_____Month_____Day_____

・海外出産をした者

(氏名（自署）) _____印

(住所) _____

(生年月日) _____年_____月_____日

・Person who deliver overseas

(Name) _____

(Address) _____

(Date of birth) Year_____Month_____Day_____