

この欄は何も記入しないこと  
 本件支給決定してよろしいか

常務理事	事務長		担当者	支給決定欄									
				法定 付加	出 育	産 児	※						
出産年月日	年 月 日							1	1	0	0	0	
資格関係	年 月 日取得 年 月 日喪失			合計金額									
扶養認定日	年 月 日 認定			備考									



健康保険 被保険者 出産育児一時金 請求書 **海外出産用**  
 家族 出産育児付加金

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者の 記号番号	記号	番号	② 被保険者の 氏名									
	③ 被保険者の住所	〒 _____ Tel _____											
	④ 事業所の名称												
	⑤ 家族（被扶養者）の分娩の請求の場合、その者の												
	氏名	生年月日			年	月	日	続柄					
	⑥ 分娩年月日	年 月 日			生産児数	人	死産児数	人（妊娠第	週・妊娠	か月）			
	⑦ 資格喪失後の被保険者分娩の場合・・・分娩時に加入しておられた健康保険についてご記入ください。 ⑧ ご家族が西プラ健保に加入して6か月以内に分娩した場合・・・以前にそのご家族が加入していた健康保険についてご記入ください。												
健康保険の名称	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 国民健康保険		健康保険組合にご加入の場合、その 健保組合の電話番号 Tel ( )			保険証の 記号・番号と 被保険者氏名		記号 _____ 番号 _____ 氏名 _____					
振込先	銀行・農協 本店・支店 信用金庫 出張所 信用組合 支所		預金種目 普通 当座		口座番号			口座名義（フリガナ） (フリガナ)					
	私は、本請求に基づく給付金の受領を 住所 _____ 氏名 _____ に委任します。 年 月 日 被保険者氏名 _____ ㊟							支 給 日					

裏面の注意事項をよく読んでから記入してください。 西日本プラスチック工業健康保険組合 202308 改

## 記入するときの注意事項

- 記入するときは、鉛筆は使用しないでください。
  - 記入もれのないように注意してください。
  - 別途、必要書類等の提出をもとめる場合があります。
  - 訂正したところは、それぞれに訂正印を押してください。
- ①②欄 健康保険証に記載されている記号番号と被保険者氏名を記入してください。  
資格喪失後の被保険者出産育児一時金の請求の場合は、在職中の記号番号を記入してください。
- ③欄 必ず郵便番号から記入してください。
- ④欄 被保険者の勤務先の事業所名を記入してください。
- ⑤欄 家族（被扶養者）が出産した場合にのみ記入してください。
- ⑦⑧欄 ⑦に該当する場合は分娩時に加入しておられた健康保険の健康保険証を見て、記入してください。  
⑧に該当する場合は当健保組合に加入される前に加入しておられた健康保険について記入してください。  
わからない場合は、以前のお勤め先等にご確認ください。

振込先 被保険者名義の口座に振込を希望される場合は、委任状欄は空欄のままで結構です。

委任状 代理人名義の口座に振込を希望される場合は、委任状欄に代理人の住所・氏名を記入し、被保険者が署名・押印してください。（この欄の押印については省略することはできません。）

※ 法定給付額は 48.8 万円〔ただし産科医療補償制度に加入する医療機関等において、在胎週数 22 週に達した日以後の出産（死産を含む）がなされたと認められた場合は 50 万円〕です。

## 申請に必要な添付書類

- 出生証明書の原本（外国語の場合は第三者による日本語の翻訳文を添付する。）
  - 旅券、航空券その他の海外に渡航した事実が確認できる書類の写し
  - 海外療養の内容について当該海外療養を担当した者に照会することに関する当該海外療養を受けた者の同意書
  - 妊娠に関する事実が確認できる書類（母子健康手帳、出産を担当した海外医療機関の医師・助産師の証明書等。  
外国語の場合は第三者による日本語の翻訳文を添付する。）
  - 振込先が被保険者ではなく、代理人に委任する場合は、代理人の本人確認資料（被扶養者と事業主へ委任する場合は不要）
- ◎被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、請求書の余白へ記載してください。  
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための身分証などの添付書類が必要です。）

## 調査に関わる同意書

### Agreement of Authorization

- ・ 治療開始日 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日
- ・ Starting date of medication Year \_\_\_\_ Month \_\_\_\_ Day \_\_\_\_

- ・ 患者  
(患者名) \_\_\_\_\_  
(住所) \_\_\_\_\_  
(生年月日) \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

- ・ Patient  
(Name of patient) \_\_\_\_\_  
(Address) \_\_\_\_\_  
(Date of birth) Year \_\_\_\_ Month \_\_\_\_ Day \_\_\_\_

西日本プラスチック工業健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、\_\_\_\_\_は、西日本プラスチック工業健康保険組合の職員又は西日本プラスチック工業健康保険組合が委託した事業者が、海外療養費申請書類にある事実（療養行為を行った日時、場所、療養内容）を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為を行った者に照会を行い、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。

また、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートを西日本プラスチック工業健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: West Japan Plastic Industry Health insurance association

I (patient who has received treatment) authorize West Japan Plastic Industry Health insurance association or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment, place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms.

Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

## 署名・押印欄

### Signature

署名・押印は、治療を受けた本人が行って下さい。なお、次の場合は、親権者（本人が未成年の場合）、成年後見人（本人が成年被後見人の場合）、法定相続人（本人が死亡している場合）が署名、押印して下さい。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

(氏名) \_\_\_\_\_ 印

(住所) \_\_\_\_\_

(日付) \_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

(患者との関係) : 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 [ \_\_\_\_\_ ]

※ 本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。

(Signature) \_\_\_\_\_

(Address) \_\_\_\_\_

(Date) Year \_\_\_\_ Month \_\_\_\_ Day

(Relation to the insured) : Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other

※ This agreement of authorization expires 6 months after the signed date

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載頂くことがあります。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.