

受付年月日	令和 年 月 日	支給支払決議書			
伺年月日	令和 年 月 日	常務理事印	事務長印	担当者印	資格確認印
決裁年月日	令和 年 月 日				
支給額	円	資格取得年月日	□昭和 □平成 □令和 年 月 日		
		資格喪失年月日	令和 年 月 日		
		支払年月日	令和 年 月 日		

被保険者（本人） 家族 出産育児一時金請求書

被保険者（本人）が記入するところ	① 被保険者証の記号・番号		② 事業所の名称			
	③ 被保険者の氏名		④ 被保険者の生年月日	□昭和 □平成 年 月 日		
	⑤ 出産した者の氏名		⑥ 出産した者の生年月日	□昭和 □平成 年 月 日		
	⑦ 出産年月日	令和 年 月 日	⑧ 生産・死産の別	□生産 □死産妊娠（ ）週		
			⑨ 出生児の数	□単胎 □多胎（ ）児		
	⑩ 出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない				
	⑪ 出産した医療機関等	名称		所在地		
	⑫ 出産した方	被保険者	→ 退職後6ヶ月以内の出産ですか？			□ はい □ いいえ
		家族	→ 当組合に加入後6ヶ月以内の出産ですか？			
		「はい」の場合	被保険者	→ 現在加入している保険者について		保険者名
		家族	→ 当組合加入前に加入していた保険者について		記号番号	
		同一の出産について、上記保険者より出産育児一時金を			□ 受けた(受ける予定) □ 受けない	
	⑬ 振込希望機関	銀行		店	□座番号	□普通 □当座
金庫			□座名義			
	組合			(カタカナ)		
⑭ 公金受取口座	□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 (利用する場合は☑、利用しない場合は⑬振込希望機関の欄を記入)					
上記のとおり申請します。 ⑮ 〒						
令和 年 月 日 被保険者の 住所						
エクセディ健康保険組合理事長 殿 氏名						
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、備考欄へ記載して下さい(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添付書類が必要です)					備考欄	

いずれかにご記入ください	が医師証明・助産師欄	出産者の氏名		生産・死産の別	□生産 □死産妊娠（ ）週
		出産年月日	令和 年 月 日	出生児の数	□単胎 □多胎（ ）児
	上記のとおり相違ないことを証明する				
	令和 年 月 日 医療施設の所在地・名称 医師・助産師名				
	明市 市区 町村 長の 生誕 証 のみ	本籍		筆頭者の氏名	
出生児の氏名			出生年月日	令和 年 月 日	
上記のとおり相違ないことを証明する					
令和 年 月 日 市区町村長名					㊞

同意書

(Letter of Consent)

エクセディ健康保険組合 御中

私（海外出産した者）は、エクセディ健康保険組合又はエクセディ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、当該書類に必要な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: EXEDY Health Insurance Society

I, as a person who deliver overseas, authorize EXEDY Health Insurance Society and its outsourcing contractor(s) to refer and obtain any and all factual information 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 (Delivery Date) 年(Year) 月(Month) 日(Day)

・氏名 (Mother's legal name)

・住所 (Address)

・生年月日 (Date of birth) 年(Year) 月(Month) 日(Day)

・署名日 (Signed Date) 年(Year) 月(Month) 日(Day)
