

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	日	添付書類 <ul style="list-style-type: none"> ● 医師・助産師が証明する欄に証明がもらえない場合は、出産を担当した海外の医療機関等の医師・助産師の証明書（父母の氏名、子供の生年月日等記載の出産証明書等） ● 出産した日（期間）において、実際に海外に渡航していた事実が確認できる書類（何れか） パスポートのコピー（氏名・顔写真と当該期間の出入国スタンプのページ） 査証（ビザ）のコピー（氏名と有効期限が記載されたもの） 航空チケットのコピー（eチケット控えを含む） ● 海外出産の事実、内容について、エクセディ健康保険組合が当該海外出産を担当した海外の医療機関等に照会することに関する当該海外出産をした者の同意書 ※ 証明書等が外国語で記載されている場合 ● 翻訳文（翻訳文には、翻訳者が署名し住所及び電話番号を明記してください） 			
支給	円				

被保険者（本人）

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	1-11111			
	③ 被保険者の氏名	健康次子			
	⑤ 出産した者の氏名	健康次子			
	⑦ 出産年月日	令和〇〇年5月30日			
	⑩ 出生児が被扶者がどうか	被扶養者で	<input type="checkbox"/> ある		
	⑪ 出産した医療機関等	名称	〇〇MEDICALCLIN		
		被保険者 → 退職後6ヶ月以内の出産 家族 → 当組合に加入後6ヶ月以内の出産ですか？			
	⑫ 出産した方	「はい」の場合	被保険者 → 現在加入している保険者について 家族 → 当組合加入前に加入していた保険者について	保険者名	
		同一の出産について、上記保険者より出産育児一時金を	<input type="checkbox"/> 受けた(受ける予定) <input checked="" type="checkbox"/> 受けない		
	⑬ 振込希望機関	大阪 銀行 金庫 組合	大阪 店	口座番号	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 1234567
		被保険者（本人）の日本国内の振込希望機関を記入してください。		口座名義 (カタカナ)	ケンコウツギコ
	上記のとおり申請します。		⑮ 千 〇〇〇〇		
	令和〇〇年6月1日		被保険者の住所 2012 E. Evans Ave. Denver Colo 80210-3310USA		
エクセディ健康保険組合理事長 殿		氏名 健康 次子			

いずれかにご記入ください	が医師・助産師証明する欄	出産者の氏名		生産・死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産妊娠 () 週
	明市市区町村長が産する欄※生	出生児の氏名		出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 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		
本籍		筆頭者の氏名		母の氏名	
出生年月日		令和 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			

受付年月日	令和 年 月 日
伺年月日	令和 年 月 日
決裁年月日	令和 年 月 日
支	円

記号・番号は①マイナーポータル②資格情報のお知らせ③資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認のうえ記入してください。

添付書類

- 医師・助産師が証明する欄に証明がもらえない場合は、出産を担当した海外の医療機関等の医師・助産師の証明書(父母の氏名、子供の生年月日等記載の出産証明書等)
- 出産した日(期間)において、実際に海外に渡航していた事実が確認できる書類(何れか)
パスポートのコピー(氏名・顔写真と当該期間の出入国のスタンプのページ)
査証(ビザ)のコピー(氏名と有効期限が記載されたもの)
航空チケットのコピー(eチケット控えを含む)
- 海外出産の事実、内容について、エクセディ健康保険組合が当該海外出産を担当した海外の医療機関等に照会することに関する当該海外出産をした者の同意書
- ※ 証明書等が外国語で記載されている場合
- 翻訳文(翻訳文には、翻訳者が署名し住所及び電話番号を明記してください)

被保険者(人)

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	1-1111			
	③ 被保険者の氏名	健康太郎			
	⑤ 出産した者の氏名	健康花子			
	⑦ 出産年月日	令和〇〇年5月30日			
	⑩ 出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で	<input checked="" type="checkbox"/>	ある	
	⑪ 出産した医療機関等	名称	〇〇MEDICALCLINIC	所在地 2352 E. Evans Ave. Denver Colo 80210-3310USA	
	⑫ 出産した方	被保険者	→ 退職後6ヶ月以内の出産ですか		<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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 〇〇健保
		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 111-1111	
		同一の出産について、上記保険者より出産育児一時金を		<input type="checkbox"/> 受けた(受ける予定)	<input checked="" type="checkbox"/> 受けない
⑬ 振込希望機関	大阪	銀行	大阪	口座番号 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 1234567	
		金庫	店	口座名義 ケンコウタロウ	
		組合		(カタカナ)	

被保険者(本人)の日本国内の振込希望機関を記入してください。

ル等で事前登録した公金受取口座を利用します
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 〒 〇〇〇〇

令和〇〇年6月1日 被保険者の住所 2001 E. Evans Ave. Denver Colo 80210-3310USA

エクセディ健康保険組合理事長 殿 氏名 健康 太郎

いずれかにご記入ください	が医師・助産師証明する欄	出産者の氏名	生産・死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産妊娠 () 週
		出産年月日	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 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	本籍	筆頭者の氏名
	区	出生児の氏名	出生年月日	令和 年 月 日
	町	上記のとおり相違ないことを証明する		
	村	令和 年 月 日	市区町村長名	⑯
	長			
	生			
	産			