

被保険者
家 族

出産育児一時金請求書

1 2 3 4

被保険者証の記号番号を記入した場合、マイナンバーの記載は不用です。
被保険者の印はすべて同一の印で捺印ください。
海外で療養を受けた場合、医師の証明が外国語で作成されている時は、邦訳を添付ください。（翻訳者の氏名・住所の記載のあるもの）
給付金の受領方は原則として事業所振込となりますので、「委任欄」に署名・捺印をお願いします。

被保険者情報	記号		番号	
	氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日
	自宅住所	〒 ー		電話番号(日中の連絡先) ()
	事業所名			

申請内容	出産した者の氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日
	出産した年月日	令和 年 月 日		
	生産又は死産の別	1、生産 2、死産 3、生産・死産混在		
	「生産」の場合 出生人数 人	「死産」の場合 死産児数 人	「死産」の場合 妊娠経過期間 満 週	
	直接支払制度の 利用の有無	有 ・ 無		
	現在、当組合を脱退されている方は、 現在の保険証の保険者名・記号・番号	市・区・町・村国民健康保険 健康保険組合・協会けんぽ 共済組合		
	家族が当組合に資格取得後、半年以内の出産の方は 当組合加入前の保険者名・記号番号	記号	番号	
	被保険者氏名	続柄		

どちらかの証明を受けてください	医師・助産師が証明するところ	出産した年月日	令和 年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産（妊娠 週 日）
		出産児の数	単胎・多胎（ 児）	備考	
		上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日			
	市区町村長が証明するところ	医師・助産師 氏名		医療施設の名称 所在地 電話番号 ()	
		本籍		筆頭者氏名	
		出生届出日	出生児氏名	生年月日	
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日		市区町村名			
市区町村長 氏名		☎	電話番号 ()		

委任欄	本請求金額の受領を 住所
	会社 ⑩ に委任する。
	令和 年 月 日 被保険者氏名 ⑩

受 付 印

社会保険労務士の提出代行者印	
備考欄	

石油製品販売健康保険組合

※ 添付書類

- ① 「直接支払制度合意文書」の写
- ② 「専用請求書の内容と相違ない旨を記載した出産費用明細書」の写
- ③ 「産科医療保障制度の対象分娩です。」の文言を印字やスタンプ等で明記されている明細書等の写
(産科医療補償制度に加入している医療機関等で妊娠22週以降に出産した場合)

【 出産育児一時金の申請について 】

出産育児一時金請求書に必要事項を記載し、次の書類を添付ください。

添付書類

- ・直接支払制度合意文書の写
- ・専用請求書の内容と相違ない旨を記載した出産費用明細書の写
- ・「産科医療保障制度の対象分娩です。」の文言を印字やスタンプで明記されている明細書等の写
(産科医療保障制度に加入されている医療機関等で妊娠 22 週以降に出産した場合)

※請求書の証明書欄について

「生産」の場合、医師・助産師または市区町村どちらかの証明を受けてください。

「死産」の場合、医師・助産師より証明を受けてください。

※次の方は申請が不要となります。

直接支払制度を利用され、医療機関等へ既に法定給付額を満額支払済みの場合。

【 海外で出産された場合について 】

厚生労働省より、海外での出産の事実自体を偽装した出産育児一時金等の不正受給を防止する観点から、海外で出産された方の申請においては以下の書類を求めるよう指導がありました。

つきましては、海外で出産された場合の申請時には次の書類を添付ください。

- 1 パスポート、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
- 2 海外出産の事実、内容について、保険者が当該海外出産を担当した海外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（別紙）
- 3 日本の戸籍謄本（全部事項証明）の写
- 4 3 が添付できない場合、現地の公的機関が発行する戸籍や住民票等の住民登録に関する書類、現地の医療機関等が発行する出産証明書や領収書

外国語で記載されているものはすべて別紙で邦訳を作成し、翻訳者の住所・氏名・連絡先を記載してください。

なお、上記の添付書類以外に添付書類をお願いする場合があります。

ご理解とご協力の程よろしくお願いいたします。

同意書
Letter of Consent

石油製品販売健康保険組合 御中

私（海外出産をした者）は、石油製品販売健康保険組合又は石油製品販売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: Petroleum Products Sales Health Insurance Association

I, as a person who deliver overseas , authorize Petroleum Products Sales Health Insurance Association 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 年 月 日
・ Delivery date Year Month Day

・ 海外出産をした者
 (氏名（自署）)
 (住所)
 (生年月日) 年 月 日

・ Person who deliver overseas
 (Name)
 (Address)
 (Date of birth) Year Month Day