

海外で出産したとき

1. 被保険者又はその家族が海外にて出産した場合、国内と同様に出産育児一時金および付加金が支給されます。

出産には妊娠4ヶ月（85日）以後の生産（早産）、死産（流産）、人工妊娠中絶も含まれます。

2. 支給額（出産育児一時金＋付加金）

海外の医療機関での出産の場合、産科医療補償制度加算対象でない為、出産育児一時金は1児ごとに408,000円となります。

なお、付加金は1児ごとにそれぞれ下記となります。

被保険者の出産：13,000円 被扶養者の出産：6,000円

3. 出産育児一時金・付加金申請に必要な書類は下記となります。

■健康保険出産育児一時金・出産育児付加金請求書

■各種添付書類【（ア）又は（イ）（ウ）（エ）】

（ア）医療機関による出生証明書および公的機関による出生証明書

※両方とも原本での添付が不可な場合、いずれか一方は写しでも可。

※併せて邦訳も必要です。

※医療機関の証明については出産育児一時金請求書内の証明欄をご活用いただいても差し支えございません。

（イ）領収書の写し（必ず 出産年月日・出産人数の記載があるもの）

（ウ）同意書

（エ）渡航確認書類

・旅券、航空券等海外に渡航した事実が確認できる書類の写し。

※会社業務命令により海外勤務等を行う被保険者からの申請の場合は、事業主の証明書。

4. 海外から申請するときは事業主（留守家族も可）を経由してください。

5. 健康保険組合からは直接海外送金は行われません。

被保険者の日本国内口座への振込となります。

6. 出産育児一時金・付加金の申請は出産日の翌日から2年を経過するときでなくなるので、ご注意ください。

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・出産育児付加金 請求書 (海外で出産したとき用)

◎ 記入するときにはうらの注意事項をよく読んで誤りのないように入力してください。

① 健康保険被保険者証の記号・番号		② 被保険者の生年月日				③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、下記備考欄へ記載(12ケタ)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添付書類が必要となります。)					
記号	番号	昭 平		年	月	日	備考欄				
④ 被保険者(請求者)の氏名 (フリガナ)						⑤ 事業所の					
(相続人からの請求の場合は被保険者の氏名：)						名称			所在地		
						⑥ 被保険者(請求者)の住所・日中連絡がとれる電話番号 (フリガナ)					
⑦ 家族出産育児一時金の請求の場合は、出産した家族の氏名等		(氏名)				(旧姓)		(生年月日)			
						昭和 平成		年 月 日			
⑧ 出産年月日		⑨ 出産児数		⑩ 死産児数		⑪被保険者が出産した場合、該当する支給要件はどちらですか		⑫家族が出産した場合、家族があなたの被扶養者になった時期			
令和	年	月	日	人	人	ア. 被保険者期間中の出産 イ. 資格喪失後6カ月以内の出産		ア. 出産より6カ月以上前 イ. その他			
⑬ 出生児の氏名 (出生児が複数のときは全員の氏名を記入してください)		(フリガナ)				〔資格喪失後加入している医療保険制度を下欄 ↓ に記入してください〕		〔あなたの被扶養者となる前に加入していた医療保険制度を下欄 ↓ に記入してください〕			
⑭ この出産に関して他の制度からも給付を受けられますか						(制度名および保険者)		(被保険者氏名)		(被保険者証の記号番号)	
いいえ・はい ⇒		(制度名・給付の種類)		日雇特例被保険者として給付を受けた場合その額							

人 請 求 者 が 記 入 す る は 受 取 代 理 者	振込先	⑮ 銀行 本店				⑯ (カタカナでご記入ください)			
		金庫 支店				口座名義人の氏名			
		農協 出張所				⑰ 預金種別 普通・その他 ()			
						⑱ 口座番号			

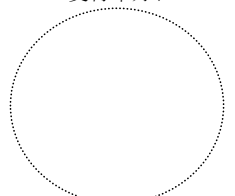
↑ 被保険者(請求者)名義のもの(受領委任をする場合は代理人名義のもの)を記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	⑲ 被保険者(請求者)の住所・氏名				⑳ 代理人の氏名				㉑ 被保険者(請求者)との関係			
	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。											
	被保険者(請求者) 令和 年 月 日				住所 氏名				㉒ 代理人の住所・電話番号			
				〒 -				電話 ()				

↑ この欄は給付金の受取りを代理人に委任する場合のみ、記入してください。

医 師 又 は 助 産 師 が 証 明 す る と ころ	㉓ 出産年月日		㉔ 出産予定日		㉕ 生産・死産の別		㉖ 単胎・多胎妊娠の別				
	令和 年 月 日		令和 年 月 日		生産・死産(妊娠第 週又は第 月)		単胎・多胎(児)				
	㉗ うえのとおり相違ありません。				医療機関等の所在地				医療機関等の名称		
令和 年 月 日				医師又は助産師の氏名				電話 ()			

受付年月日



社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

同意書

Letter of Consent

近畿化粧品健康保険組合 御中

私（海外出産をした者）は、近畿化粧品健康保険組合又は近畿化粧品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: KINNKIKESHOUHINKENKOUHOKENKUMIAI

I, as a person who deliver overseas, authorize KINNKIKESHOUHINKENKOUHOKEN KUMIAI 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