Claim for Health Insurance Payment of Childbirth and Childcare Lump-Sum Allowance for Insured Person or Family Member [If not using the system of direct payment to medical institutions, or if childbirth took place outside of Japan]

*Please fill in the form in Japanese.

_		•					ì					
=		Code	1	Number	_							
. SO	Insurance code and				Name of							
ber	number			off	ice							
Information on insured person												
a in the		Furigana							(Year)	/ (Mo	nth) / (D	Oay)
ins	Name				Date of birth		Showa	/ Heisei		/ /		
Ē										/	/	
E C	Address, telephone number,	Postal code										
ıţį	etc. of applicant											
ŽII.	(daytime phone number)				Phone	number	()				
Joj												
트	Employee ID number				E-mail	address						
	Person who gave birth			Name o	f person							
	(circle the applicable	Insured person / Family member (dependent)			who gave birth							
	person)				who gu	ve on m						
	Delivery date	Reiwa (Y) /(M) /(D)			Date of birth of person who gave birth		Showa / H	[aiaai	(Year) / (N	Month) / (Day	['])
							Silowa / H	leisei	/		/	
	Live birth or stillbirth				Number of		Number of					
			fixture of live	birth and still birth	live-born		stillborn		In the case of a stillbirth, the elapsed period of		Weeks:	
ills	type)	Elve birdi / Sunbirdi / Wixture of live birdi and sun birdi			babies	Baby (ies)	babies	Baby (ies)	pregnancy		()) days
ets	Relationship between the					, ,		Daby (103)				
п	insured person and born				Is the born baby a			Yes			No	
tio	baby				dependent?			105			110	
Application details	Name of medical				Address of medical							
ad	institution					institution						
A _]	where baby was born				where bab							
	where eacy was com				Where out	,						
	■ Complete the following section if applicable:											
	If the insured person gave birth within six months after retirement, please provide the name, code,				Insured person							
	number, and other details of the insured person who is currently enrolled with the insurer.						Phone numb	per ()			
	- If a dependent gave birth within six months after qualification, please provide the name, code,											
	number, and other details of the insured person who was previously enrolled with the insurer.					l number			_			
Υ.On	ly fill out the following is	you wish to transfer fun	nds to anothe	r account other that	n your payro	ll account						
	Name of financial			Bank				Central branch				
	Name of financial institution			Bank Shinkin bank					Branch nun	nber		
	Name of financial institution							Branch	Branch nun	nber		
	institution	Savings account		Shinkin bank (credit treasury)				Branch e of account	Branch nun	nber		
				Shinkin bank				Branch e of account holder	Branch nun	nber		
Information on transfer destination	institution Type of account	Checking account		Shinkin bank (credit treasury) Account number				Branch e of account	Branch nun	nber		
Information on transfer destination	institution	Checking account	om one of the	Shinkin bank (credit treasury) Account number				Branch e of account holder	Branch nun	nber		
Information on transfer destination	institution Type of account	Checking account	om one of the	Shinkin bank (credit treasury) Account number	出	奎年 月日	(K	Branch e of account holder	Branch nun		日	
M Information on transfer destination	institution Type of account rtification section (please 出産者氏名	Checking account		Shinkin bank (credit treasury) Account number e following)			(K	Branch e of account holder (Atakana)	年月	1		
Information on transfer destination	institution Type of account entification section (please 出産者氏名 出生児の数	Checking account e receive certification fro 単胎・多胎(児		Shinkin bank (credit treasury) Account number			(K	Branch e of account holder (Atakana)			日日)	
Information on transfer destination	institution Type of account rtification section (please 出産者氏名	Checking account e receive certification fro 単胎・多胎(児		Shinkin bank (credit treasury) Account number e following)			(K	Branch e of account holder (Atakana)	年月	1		
Information on E軸・助産 C 医師・助産	institution Type of account ertification section (please 出産者氏名 出生児の数 上記のとおり相違ない	Checking account e receive certification fro 単胎・多胎(児)	Shinkin bank (credit treasury) Account number e following)			(K	Branch e of account holder (Atakana)	年月	1		
M Information on transfer destination	institution Type of account entification section (please 出産者氏名 出生児の数	Checking account e receive certification fro 単胎・多胎(児)	Shinkin bank (credit treasury) Account number e following) 生産または死産の 施設の所在地			(K	Branch e of account holder (Atakana)	年月	1		
uo uoineuriou oo uoineuriou	institution Type of account ertification section (please 出産者氏名 出生児の数 上記のとおり相違ない	Checking account e receive certification fro 単胎・多胎(児)	Shinkin bank (credit treasury) Account number e following)			(K	Branch e of account holder (Atakana)	年月	1		
Information on E軸・助産 C 医師・助産	institution Type of account ertification section (please 出産者氏名 出生児の数 上記のとおり相違ない	Checking account e receive certification fro 単胎・多胎(児) <u></u>	Shinkin bank (credit treasury) Account number e following) 生産または死産の5 施設の所在地 施設の名称			(K	Branch e of account holder (Atakana)	年月	1		
uo uoineuriou oo uoineuriou	institution Type of account ertification section (please 出産者氏名 出生児の数 上記のとおり相違ない 令和 年	Checking account e receive certification fro 単胎・多胎(にとを証明する 月 日) <u>/</u> 医療 医療	Shinkin bank (credit treasury) Account number e following) 生産または死産の 施設の所在地			(K	Branch e of account holder (atakana) 令和	年月	1		
uo uojumation ou market destination ou mar	institution Type of account ertification section (please 出産者氏名 出生児の数 上記のとおり相違ない	Checking account e receive certification fro 単胎・多胎(にとを証明する 月 日) <u></u>	Shinkin bank (credit treasury) Account number e following) 生産または死産の5 施設の所在地 施設の名称			(K	Branch e of account holder (atakana) 令和	年月	1		
no mation on 医師・助産師 ※ 市区 医師・助産師 ※ 市区	institution Type of account ertification section (please 出産者氏名 出生児の数 上記のとおり相違ない 令和 年	Checking account e receive certification fro 単胎・多胎(にとを証明する 月 日) <u>/</u> 医療 医療	Shinkin bank (credit treasury) Account number e following) 生産または死産の5 施設の所在地 施設の名称	31		(K	Branch e of account holder (atakana) 令和 月ま	年月たは満	1		
uo uoi ternalojui と 医師・助産師 ※ 市区町	institution Type of account Prtification section (please 出産者氏名 出生児の数 上記のとおり相違ない令和 年 本籍 出生児氏名	E receive certification from 単胎・多胎(児 ことを証明する 月 日) <u>/</u> 医療 医療	Shinkin bank (credit treasury) Account number e following) 生産または死産の5 施設の所在地 施設の名称	31	生産・死	(K (妊娠第 母の氏	Branch e of account holder (atakana) 令和 月ま	年月たは満	周 週	日)	
uo uoitemuojui 医師・助産師 ※ 市区町村	institution Type of account ertification section (please 出産者氏名 出生児の数 上記のとおり相違ない 令和 年	E receive certification from 単胎・多胎(児 ことを証明する 月 日) <u>/</u> 医療 医療	Shinkin bank (credit treasury) Account number e following) 生産または死産の5 施設の所在地 施設の名称	31	生産・死	(K (妊娠第 母の氏	Branch e of account holder (atakana) 令和 月ま	年月たは満	周 週	日)	
uo uoi ternalojui と 医師・助産師 ※ 市区町	institution Type of account Prtification section (please 出産者氏名 出生児の数 上記のとおり相違ない令和 年 本籍 出生児氏名	E receive certification from 単胎・多胎(児 ことを証明する 月 日) <u>/</u> 医療 医療	Shinkin bank (credit treasury) Account number e following) 生産または死産の5 施設の所在地 施設の名称	31	生産・死	(K (妊娠第 母の氏	Branch e of account holder (atakana) 令和 月ま	年月たは満	周 週	日)	
uo uoi,neuriojui 区師・助産師 ※ 市区町村長	institution Type of account entification section (please 出産者氏名 出生児の数 上記のとおり相違ない 令和 年 本籍 出生児氏名 上記のとおり相違ない	Checking account e receive certification fro 単胎・多胎(にとを証明する 月 日) <u>/</u> 医療 医療 医師 頭者氏名	Shinkin bank (credit treasury) Account number e following) 生産または死産の 施設の所在地 施設の名称 ・助産師の氏名	31	生産・死	(K (妊娠第 母の氏	Branch e of account holder (atakana) 令和 月ま	年月たは満	月週月	日)	
uo uoitemuojui 医師・助産師 ※ 市区町村	institution Type of account entification section (please 出産者氏名 出生児の数 上記のとおり相違ない 令和 年 本籍 出生児氏名 上記のとおり相違ない	Checking account e receive certification fro 単胎・多胎(にとを証明する 月 日) <u>/</u> 医療 医療 医師 頭者氏名	Shinkin bank (credit treasury) Account number e following) 生産または死産の5 施設の所在地 施設の名称	31	生産・死	(K (妊娠第 母の氏	Branch e of account holder (atakana) 令和 月ま	年月たは満	月週月	日)	
uo uoi,neuriojui 区師・助産師 ※ 市区町村長	institution Type of account entification section (please 出産者氏名 出生児の数 上記のとおり相違ない 令和 年 本籍 出生児氏名 上記のとおり相違ない 令和 年	Checking account e receive certification fro 単胎・多胎(にとを証明する 月 日) <u>/</u> 医療 医療 医師 頭者氏名	Shinkin bank (credit treasury) Account number e following) 生産または死産の 施設の所在地 施設の名称 ・助産師の氏名	31	生産・死	(K (妊娠第 母の氏	Branch e of account holder (atakana) 令和 月ま	年月たは満年	月週	日	
uo uoiteuruojui	institution Type of account Prtification section (please 出産者氏名 出生児の数 上記のとおり相違ない令和 年 本籍 出生児氏名 上記のとおり相違ない令和 年	E receive certification from 単胎・多胎(児 ことを証明する 月 日 筆) <u>/</u> 医療 医療 医师 頭者氏名 市区	Shinkin bank (credit treasury) Account number e following) 生産または死産の 施設の所在地 施設の名称 ・助産師の氏名 町村長名	出	生年月日	受の氏2	Branch e of account holder (atakana) 令和 月ま	年月たは満年	月	日) 目 t received	
uo uoiteuruojui	institution Type of account Prtification section (please 出産者氏名 出生児の数 上記のとおり相違ない 令和 年 本籍 出生児氏名 上記のとおり相違ない 令和 年	E receive certification from 単胎・多胎(児 でとを証明する 月 日	医療 医療 医師 頭者氏名 市区	Shinkin bank (credit treasury) Account number e following) 生産または死産の5 施設の所在地 施設の名称 ・助産師の氏名 町村長名	出生 number, please attr	生年月日	で を を を を を を を を を を を を を	Branch e of account holder (atakana) 令和 月ま	年月たは満年	月週	日) 目 t received	
uo uoi,neuriojui 区師・助産師 ※ 市区町村長	institution Type of account Prtification section (please 出産者氏名 出生児の数 上記のとおり相違ない令和 年 本籍 出生児氏名 上記のとおり相違ない令和 年	E receive certification from Philosophia	医療 医療 医師 頭者氏名	Shinkin bank (credit treasury) Account number e following) 生産または死産のが施設の所在地施設の名称 ・助産師の氏名 町村長名	出生 number, please attr	生年月日	で を を を を を を を を を を を を を	Branch e of account holder (atakana) 令和 月ま	年月たは満年	月	日) 目 t received	
Remarks	institution Type of account Prtification section (please 出産者氏名 出生児の数 上記のとおり相違ない 令和 年 本籍 出生児氏名 上記のとおり相違ない 令和 年	E receive certification from Philosophia	医療 医療 医師 頭者氏名	Shinkin bank (credit treasury) Account number e following) 生産または死産のが施設の所在地施設の名称 ・助産師の氏名 町村長名	出生 number, please attr	生年月日	で を を を を を を を を を を を を を	Branch e of account holder (atakana) 令和 月ま	年月たは満年	月	日) 目 t received	
Remarks	institution Type of account Prtification section (please 出産者氏名 出生児の数 上記のとおり相違ない令和 年 本籍 出生児氏名 上記のとおり相違ない令和 年 Individual Number: If you have not entered your insured individual number and identity: 1) CW When attaching either (1) or (2) above Please include a copy of the agent account in the section of the section o	E receive certification from Philosophia	医療 医療 医師 頭者氏名 市区 adividual number. I. card, 2) Copy of ce clicense or passport	Shinkin bank (credit treasury) Account number e following) 生産または死産のが施設の所在地施設の所在地施設の名称 ・助産師の氏名 町村長名	出生 number, please attr	生年月日	で を を を を を を を を を を を を を	Branch e of account holder (atakana) 今和 月ま	年月たは満年	月	日) 目 t received	
Remarks	institution Type of account Prtification section (please 出産者氏名 出生児の数 上記のとおり相違ない令和 年 本籍 出生児氏名 上記のとおり相違ない令和 年 Individual Number: If you have not entered your insured individual number and identity: 1) CW When attaching either (1) or (2) abor Please include a copy of the ag Please include a copy of the reconstruction.	Ereceive certification from 単胎・多胎(児子とを証明する 月 日	医療 医療 医師 頭者氏名 市区 dividual number. I. card, 2) Copy of ce license or passport dical institution, titution, etc.	Shinkin bank (credit treasury) Account number e following) 生産または死産の 施設の所在地 施設の名称 ・助産師の氏名 町村長名 f you entered your individual artificate of residence listing i.	加加 出 z	生年月日 tch one of the follo 3) Copy of individu	展の氏名 中の氏名 中の氏名 中の氏名	Branch e of account holder (atakana) 今和 月ま	年月たは満年	月	日) 目 t received	
Remarks	institution Type of account Entification section (please 出産者氏名 出生児の数 上記のとおり相違ない 令和 年 本籍 出生児氏名 上記のとおり相違ない 令和 年 Individual Number: If you have not entered your insured individual number and identity: 1) Co When attaching either (1) or (2) abor Please include a copy of the re If childbirth took place outside	Ereceive certification from Philosophic Processing account Part of Philosophic Processing Application 中央 中央 では、アントを証明する 月 日 Processing Application Processing	医療 医療 医師 頭者氏名	Shinkin bank (credit treasury) Account number e following) 生産または死産のが施設の所在地施設の系称 ・助産師の氏名 町村長名 f you entered your individual criticate of residence listing it.	number, please attandividual number.	生年月日 生年月日 ch one of the folloß) Copy of individu	展の氏: 母の氏: 中の氏: wing documents to bal number card (bo	Branch e of account holder (atakana) 令和 月ま	年月たは満年	月	日) 目 t received	
uo uoiteuruojui	institution Type of account Prtification section (please 出産者氏名 出生児の数 上記のとおり相違ない令和 年 本籍 出生児氏名 上記のとおり相違ない令和 年 Individual Number: If you have not entered your insured individual number and identity: 1) CW When attaching either (1) or (2) abor Please include a copy of the ag Please include a copy of the reconstruction.	Ereceive certification from Philosophic Processing account Part of Philosophic Processing Application 中央 中央 では、アントを証明する 月 日 Processing Application Processing	医療 医療 医師 頭者氏名	Shinkin bank (credit treasury) Account number e following) 生産または死産のが施設の所在地施設の系称 ・助産師の氏名 町村長名 f you entered your individual criticate of residence listing it.	number, please attandividual number.	生年月日 生年月日 ch one of the folloß) Copy of individu	展の氏: 母の氏: 中の氏: wing documents to bal number card (bo	Branch e of account holder (atakana) 令和 月ま	年月たは満年	月	日) 目 t received	