

被保険者(本人)

被扶養者(家族)

出産育児一時金 請求書

★本請求書は、医療機関にて「直接支払制度」を利用されていない方が対象となります。

保険証 記号・番号	記号 ○○	番号 ○○○○○	被保険者 氏名	健保 太郎	連絡先 (TEL)	XX-XXXX-XXXX
事業所名	□□□□株式会社		所属	△△部○○課		

本人記入欄	出産した者の 氏名・生年月日	氏名 健保 花子		生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日		
	出産した者の 出産日6ヶ月前の 保険資格	<input checked="" type="checkbox"/> 三菱重工健保(□被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 □任意継続者) <input type="checkbox"/> 他社健保(□被保険者 □任意継続者) <input type="checkbox"/> 国民健康保険(管轄:) <input type="checkbox"/> その他()				
	出産年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	死産の場合 のみ記入→	妊娠 ○ ヶ月		
	出生児氏名	健保 二郎	続柄	長男	出生児が被扶養者で あることの有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	出生児が請求者の被扶養者 でない時はその理由					
	委任欄	請求金額の受領を事業主に委任します。 被保険者氏名(自筆) 健保 太郎				

医師・助産師 の出産証明	出産年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	出産児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(○ 児)
	出産区分	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 ○ ヶ月 又は ○ 週 ○ 日)		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 医師・助産師へ出産証明の依頼を行ってください。 名 称 所 在 地 電 話 番 号 医 師・助 産 師 名			

↑ 市区町村長の証明、母子手帳(出生届出済証明欄)の写しでも代用可 ↑

添付書類	1 合意文書の写し	直接支払制度の利用可否に関する文書であり、医療機関から交付されます。
	2 出産費用の領収・明細書の写し	産科医療補償制度加入の場合は、所定のスタンプ印の押印が必要です。
	3 出産育児一時金 不支給証明書	以下のケースで当健保組合に請求する場合のみ必要です。 ◇当健保組合の「被保険者」資格喪失後6ヶ月以内の出産 ⇒ 現在加入している健保組合発行のもの ◇当健保組合の扶養認定日から6ヶ月以内の出産 ⇒ 以前加入していた健保組合発行のもの ※同一の出産で複数請求することはできませんのでご留意願います。

組合記入欄	支給決定額	常務理事	事務長	担当	健保受付
	<input type="checkbox"/> 420,000 円				
	<input type="checkbox"/> 円				