

三菱健康保険組合 (被保険者・家族) 出産育児一時金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被 保 険 者 記 号 - 番 号	—	被 保 険 者 氏 名			
	被 保 険 者 現 住 所			事 業 所 名 称		
	分 娩 者 氏 名			続 柄	分 娩 者 生 年 月 日	年 月 日
	分 娩 年 月 日	年 月 日		生 産 ・ 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 ・ 生 産 死 産 混 在	
	単胎・多胎の別	単胎・多胎 (児)	死産の場合	死産児数 (人) 妊娠経過期間 (満 週)		
	被 保 険 者 と 出 生 児 の 関 係			出 生 児 は 被 保 険 者 の 被 扶 養 者 で あ る か ど う か	ある・ない (理由)	
	産科医療補償制度加入 の機関での出産ですか	いいえ・はい (→ 加入証明がある領収書等の写しを添付してください)				
	海外での出産ですか	いいえ・はい (→ 公的機関に届出た書類や証明書等を翻訳付で添付してください)				

※ 次のいずれかに○をしてください。

- ・被扶養者の出産の場合、認定年月日より6カ月以内の出産ですか → いいえ・はい
- ・被保険者の出産の場合、資格喪失後6カ月以内の出産ですか → いいえ・はい

※ 「はい」に○をした場合は、さらに下欄にも記入してください。

(記入がない場合は支給決定できませんので必ず調べて記入してください。)

- ・被扶養者が認定年月日より6カ月以内に出産された場合 → 以前加入の保険について記入
- ・被保険者だった方が、資格喪失後6カ月以内に出産された場合 → 現在加入の保険について記入

下記届出に相違ありません。また、同一の出産について他の健康保険に出産育児一時金は請求していません。
併せて、三菱健康保険組合が以前または現在加入の健康保険に申請状況の確認や情報提供をすることに同意します。

年 月 日 被保険者氏名

健康保険名称			所 在 地 電 話 番 号		
記 号 番 号			分 娩 者 の 加 入 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日	
分 娩 者 は そ の 健 康 保 険 の	被 保 険 者 (旧姓で加入の場合旧姓) ・ 被 扶 養 者 (被 保 険 者 氏 名)				

*被扶養者の方が認定後6ヶ月以内に三菱健康保険組合に請求をした場合は、以前加入の健康保険からの給付は受けられません。

また、被保険者であった方が資格喪失後に三菱健康保険組合に請求をした場合は、現在加入の健康保険からの給付は受けられません。

それぞれに該当される場合は、事前にいずれか一方を選択してください。

医 師 又 は 助 産 師 が 証 明 す る 欄	分 娩 年 月 日	年 月 日	生 産 ・ 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 経 過 期 間 満 週)		
	単胎・多胎の別	単胎・多胎 (児)				
	うえのとおり相違ありません。			証 明 日	年 月 日	
	医療施設の所在地 〒 名 称	職 名 () 氏 名		電 話 番 号 ()		

*区市町村長の証明を受けたときは不要です。

区 市 町 村 長 が 証 明 す る 欄	本 籍			筆 頭 者 氏 名		
	出 生 児 氏 名			母 の 氏 名		
	出 生 年 月 日	年 月 日		出 生 届 日	年 月 日	
	うえのとおり相違ありません。			証 明 日	年 月 日	
	区市町村長名			印		

電話番号 ()

*医師又は助産師の証明を受けたときは不要です。

記 入 欄	取 得 日	年 月 日	取 得 後 6 ヶ 月 以 内 【 該 当 (確 認 済 チェック []) ・ 不 該 当 】
	喪 失 日	年 月 日	法 第 106 条 【 該 当 (確 認 済 チェック []) ・ 不 該 当 】
	分 娩 種 別 【 単 ・ 多 (児) 】	受 付 番 号	