

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 証 号 記 号 - 番 号	8 9 0 0 - 2 8	被 保 険 者 氏 名	水 谷 春 雄		
	被 保 険 者 現 住 所	千葉県市川市市川 7-8		事 業 所 名 称	丸の内商事株式会社	
	分 娩 者 氏 名	水 谷 志 穂	続 柄	妻	分 娩 者 生 年 月 日	平成 6 年 1 月 3 日
	分 娩 年 月 日	令和 4 年 5 月 3 0 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	長 男	出 生 児 は 被 保 険 者 の 被 扶 養 者 で あ る か だ ょ 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。

令和4年6月10日 被保険者氏名 水谷春雄

健康保険名称	埼玉県ソフトウェア健康保険組合	所 在 地	埼玉県〇〇市〇〇×丁目×番地		
		電 話 番 号	0492 - 11 - 〇〇××		
記 号 番 号	432 - 809	分 娩 者 の 加 入 期 間	平成 25 年 4 月 1 日 ~ 令和 4 年 3 月 31 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	令和 4 年 5 月 3 0 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。		
	医療施設の所在地	〒100-0005 千代田区丸の内 3-100			
	名 称	東京丸の内病院		証 明 日	令和 4 年 6 月 5 日
職 名 (医 師) 氏 名	金 沢 太 郎		電 話 番 号	03 (3211) 〇×〇×	
*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。				
区 市 町 村 長 名		印		証 明 日	年 月 日
				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