

出生児を健康保険の被扶養者とする場合は、扶養家族等異動届と併せて提出して下さい。

被保険者
家 族 出産育児一時金 請求書

※本請求は直接支払制度を利用しない為、出産育児一時金を請求いたします。

申請書番号		事業所名	三菱重工業(株)本社		
所属	人事部	従業員番号	999999	連絡先電話番号	8-30-1111
被保険者証記号番号	1-999999	氏名	三菱 太郎 (印)		

本人記入欄を記入願います

本人記入欄	出産した者の氏名・生年月日	三菱 二子 S50年12月3日		出産した者の出産日 6ヶ月前の保険資格に○印のこと (国民健康保険・その他の場合はその旨記入)	重工健保(被保険者・扶養者・任意継続者) 他社健保(被保険者・任意継続者) 国民健康保険(名称:長崎市) その他()
	出産年月日	H25年 4月 1日		死産の時はその旨	(死産の場合のみ記入) 妊娠 月
	出生児氏名	三菱 一郎	続柄 長男	出生児が被扶養家族であることの有無 有 無	出生児が請求者の被扶養者でない時はその理由
	請求金額の受領を事業主に委任します。 氏名 三菱 太郎 (印)				

それぞれ捺印願います

※漏れなくご記入・ご捺印(2ヶ所)下さい。

証明してもらって下さい※市区町村長の証明を添付でも代用可

証明欄	出産年月日	平成 年 月 日	出産児の数	単胎・多胎(児)
	生産・死産の別	生産・死産(妊娠 月 又は 週 日)		
	医師・助産師の出産証明	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 名称 所在地 電話番号 医師・助産師名 (印)		

※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。

組合記入欄	支給並びに支出決裁伺	常務理事	事務長	係	
	支給額	円			

- 【添付書類】
- 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、医療機関等から交付されます。)
 - 出産費用の領収・明細書の写し (産科医療補償制度加入機関の場合は、所定のスタンプ印の押印が必要です。)
 - 出産育児一時金 不支給証明書 (以下のケースで三菱重工健保に請求する場合のみ必要です。)
 ・三菱重工健保の「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
 ・三菱重工健保の扶養認定日から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
 * 同一の出産で重複請求をすることはできませんので、ご注意願います。