

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 | | | |
| 所属 | | 従業員番号 | | 連絡先電話番号 | |
| 被保険者証記号番号 | | 氏名 | (印) | | |
| 本人記入欄 | 出産した者の氏名・生年月日 | | 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:) その他 () | |
| | 出産年月日 | 年 月 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 | 続柄 | 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 (印) | | | | | |

※漏れなくご記入・ご捺印(2ヶ所)下さい。

| | | | | |
|-----|-------------|--|-------|------------|
| 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。