

常務理事	事務長	調査	G L	担当

被保険者 出産育児一時金（内払金・差額）請求書
被扶養者

三菱マテリアル健康保険組合

(注意事項)

5. 4. 3. 2. 1.

本請求書は、「直接支払制度」を利用した出産で、出産費用が法定給付額（産科医療補償制度に加入している分娩医療機関の場合42万円、産科医療補償制度に加入していない分娩医療機関の場合40・4万円）を下回る場合使用してください。また、⑥、⑧、⑧(1)の⑦、⑩の欄はそれぞれ該当するほうに✓を入れてください。

①「直接支払制度」を利用しない場合は、「出産育児一時金・付加金請求書」を使用してください。

②分娩医療機関から発行された「出産費用の領収書・明細書の写」

※産科医療補償制度に加入している分娩医療機関では、「産科医療補償制度の加算対象出産であることを証するスタンプ」が押印されています。

この請求書に記載の個人情報は、この給付金の支払業務に利用します。この請求・支払手続きは、事業主を経由して請求し、給付金が支払われることに同意されたものとして処理します。

① 被保険者証の 記号 番号		② 被保険者の氏名		③ 被保険者の現住所 (郵便番号) — (電話番号)	
④ 事業所の名称		⑤ 分娩した年月日 平成 年 月 日		⑥ 生産または死産の別 <input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 生産・死産混在 ⑥-1 「生産」の場合 出生人数 <input type="checkbox"/> 人 ⑥-2 「死産」の場合 死産児数 <input type="checkbox"/> 人 ⑥-3 「死産」の場合 妊娠経過週間 満 <input type="checkbox"/> 週	
⑦ 入院して分娩したときは、その病産院 ⑦ 名称 ⑦ 所在地		⑧ 出産した方 ●退職者 → 退職後6カ月以内の出産ですか。 ●加入者 → 当組合に加入後6カ月以内の出産ですか。 ⑧-1 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。 ●退職者 → 現在加入している保険者について ●加入者 → 当組合加入前に加入していた保険者について ⑧-1-⑦ 同一の出産について、⑧-1の保険者より出産育児一時金を		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 受けた/受ける予定 <input type="checkbox"/> 受けない	
⑨ 家族が分娩したための請求であるときはその者 ⑨ 氏名 (続柄)		⑩ 出生児の氏名 フリガナ		⑪ 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
⑫ 出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由		⑬ 出生費用 (領収書・明細書の金額)		⑭ 備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)	
⑮ 上記給付金の受領方を右の者に委任します。 住所 平成 年 月 日 事業所名 被保険者氏名 ⑮ 代理受領者		⑯ 備考欄		受付日付印	