

常務理事	事務長	調査	G L	担当

記入例

直接支払制度を利用した結果、差額の申請が必要な場合（分娩費用が42万円を下回る場合）に作成してください。

被保険者 出産育児一時金（内払金・差額）請求書

三菱マテリアル健康保険組合

(注意事項)

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

2. 分娩医療機関の場合40・4万円）を利用した場合に使用してください。

3. 標題の「被保険者」と「被扶養者」の別、および⑨の欄は、それぞれ該当する文字を丸で囲んでください。

4. 本請求書に、「直接支払制度」利用に伴う分娩医療機関との「合意文書の写」

5. 個人情報の取扱いについて

※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、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	資格喪失後の場合は、 在職中の記号・番号を 記入してください	② 被保険者の 氏名	健保 太郎	印
③ 被保険者の 現住所	(郵便番号) 〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都～ (電話番号) ××-××××-××××	④ 事業所の名称	被保険者の勤務されている会社名(事業所名)を記入してください	
⑤ 分娩した 年月日	平成 〇年 〇月 〇日	⑥ 生産または死産の別	<input checked="" 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 1人 ⑥(2)「死産」の場合死産児数 〇人 ⑥(3)「死産」の場合妊娠経過週間 満 〇週
⑦ 入院して分娩 したときは、その 病産院	⑦ 名称 所在地	分娩を行った機関の名称と所在地		
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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
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	保険者名		
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		記号・番号		
⑨ 家族が分娩した ための請求 であるときは その者	⑦ 氏名 健保 花子 (続柄 妻)	① 生年月日	S 〇年 〇月 〇日 H	<input type="checkbox"/> 受けた/受ける予定 <input type="checkbox"/> 受けない
⑩ 出生児 の氏名	フリガナ ケンボ ジロウ 健保 二郎	⑪ 被保険者 と出生児 の続柄	長男	⑫ 出生児が被保険 者の被扶養者で あるかどうか <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
⑬ 出生児が被保険者 の被扶養者でない ときはその理由		⑭ 出産費用 (領収書・明 細書の金額)	〇〇〇,〇〇〇	
⑮ 上記給付金の受領方を右の者に委任します。	住所 事業所にて手続きするところ 事業所名 被保険者氏名 健保 太郎 印 代理受領者 印	住 所 事業所にて手続きするところ 事業所名 代理受領者 印		
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、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。)	受付日付印			
備考欄				