

常務理事	事務長	調査	G L	担当

被保険者 被扶養者 出産育児一時金・付加金請求書

三菱マテリアル健康保険組合

(注意事項)

6. 5. 4. 3. 2. 1.

1. 標題の「被保険者」、「被扶養者」の別、および②、⑨の①の欄は、それぞれ該当する文字を丸で囲んでください。また、⑥、⑧、⑧(1)の⑦、⑩の欄はそれぞれ該当するほうに
 2. 分岐(在胎週数第22週目以降)の場合、領収書(写)を添付してください。
 3. 入院しないで分娩した場合は⑦の⑦と①の欄に、被保険者が分娩したための請求である場合は⑨の⑨欄に、⑩の「ある」に✓した場合は⑩欄に、それぞれ「該当せず」を記載
 4. ⑩欄の「死産」に該当する場合は、在胎週数第何週目の死産であるかをかつこ内に書き入れてもらってください。
 5. 資格喪失後に請求する場合、⑩の欄余白部分に被保険者振込口座を記入してください。
 6. 個人情報(取扱いについて)の欄に、この請求書の取扱いについて
 7. 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。

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の	記号	② 被保険者氏名と生年月日	S・H 年 月 日	印	
	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				
		① 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。		保険者名		
		●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		記号・番号		
		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"/> 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	⑦ 氏名	(続柄)		① 生年月日	S・H 年 月 日	
⑩ 出生児の氏名	フリガナ	⑪ 被保険者と出生児の続柄	⑫ 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか			
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 上記給付金の受領方を右の者に委任します。住所 事業所名 被保険者名 代理受領者 印						
証 明 欄 (い ず れ か に ご 記 入 く だ さ い)	⑮ 出産者氏名	⑯ 出生児の数		⑰ 出生年月日	平成 年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → (児)		⑱ 生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 週)	
	⑲ 上記のとおり相違ないことを証明する。医療機関の所在地 医療機関の名称 医師・助産師の氏名 印					
	⑲ 市町村長による証明の場合(生産のみ)	⑲ 母の氏名	⑲ 出生児氏名	⑲ 出生年月日	平成 年 月 日	
⑲ 上記のとおり相違ないことを証明する。平成 年 月 日 市区町村長名 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。)						
備考欄				受付日付印		