

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. 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、⑨の欄はそれぞれ該当するほうに✓を入れてください。
 分娩(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。
 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、⑫の「ある」に✓した場合は⑬欄に、それぞれ「該当せず」を記載してください。
 ⑬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。
 資格喪失後に請求する場合、⑭の欄余白部分に被保険者振込口座を記入してください。
 個人情報記載の取扱いについて
 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させていただきます。
 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。

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号 番号	② 被保険者 氏名と生年月日 S・H 年 月 日	③ 被保険者の 現住所 (郵便番号) ー (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 ⑥-1 「生産」の場合 出生人数 ⑥-2 「死産」の場合死産児数 ⑥-3 「死産」の場合妊娠経過週間	⑦ 入院して分娩 したときは、そ の病産院 ⑦ 名称 ⑧ 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	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 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 平成 年 月 日 事業所名 被保険者名 代理受領者	
	⑩ 出生児 の氏名	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 平成 年 月 日 事業所名 被保険者名 代理受領者	⑮ 出産者 氏名	⑯ 出生児 の数 □ 単胎 □ 多胎 → (児)	⑰ 出産 年月日 平成 年 月 日	⑱ 生産または 死産の別 □ 生産 □ 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 平成 年 月 日 医師・助産師の氏名	⑳ 市 区 町 村 長 による 証明 の場合 (生産のみ)	㉑ 母の氏名	㉒ 出生児 氏名	㉓ 出生 年月日 平成 年 月 日	㉔ 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
	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