

(被保険者)  
(家族)

# 出産育児一時金・出産育児付加金 請求書

三菱製鋼健康保険組合理事長 殿

下記のとおり請求致します。

|      |      |    |     |       |          |   |   |    |
|------|------|----|-----|-------|----------|---|---|----|
| 被保険者 | 記号   | 番号 | 事業所 | 提出年月日 | 令和       | 年 | 月 | 日  |
|      | フリガナ |    | 所属  |       |          |   |   |    |
|      | 氏名   |    | 印   | 生年月日  | 昭和<br>平成 | 年 | 月 | 日生 |
|      | 住所   | 〒  |     |       |          |   |   |    |

|                      |          |  |      |          |   |   |    |
|----------------------|----------|--|------|----------|---|---|----|
| 被扶養者の<br>分娩で<br>あるとき | 氏名       |  | 生年月日 | 昭和<br>平成 | 年 | 月 | 日生 |
|                      | 被保険者との続柄 |  |      |          |   |   |    |

|     |          |    |                     |          |   |    |
|-----|----------|----|---------------------|----------|---|----|
| 出生児 | 氏名       |    | 出生児があなたの<br>被扶養者ですか | ①被扶養者である |   |    |
|     | 生年月日     | 令和 |                     | 年        | 月 | 日生 |
|     | 被保険者との続柄 |    | (第 子)               | 上記②の理由   |   |    |

例:長男、二男、長女、二女

【医師・助産師の証明】 ※直接支払制度を利用する場合は、医師・助産師の証明は不要です。

|                    |                     |            |   |   |               |                  |   |     |    |
|--------------------|---------------------|------------|---|---|---------------|------------------|---|-----|----|
| 分娩年月日              | 令和                  | 年          | 月 | 日 | 生産または<br>死産の別 | 生産・死産<br>(妊娠 ヶ月) |   |     |    |
| 出生児                | 男児・女児・多児(男: 名、女: 名) |            |   |   |               |                  |   |     |    |
| 分娩異常の有無            | 有・無                 | 入院した時はその期間 |   |   | 令和            | 年                | 月 | 日から |    |
|                    |                     |            |   |   | 令和            | 年                | 月 | 日まで | 日間 |
| 上記のとおり相違ないことを証明する。 |                     |            |   |   |               |                  |   |     |    |
| 令和 年 月 日           |                     |            |   |   |               |                  |   |     |    |
| 住所                 |                     |            |   |   |               |                  |   |     |    |
| 医療施設 名称            |                     |            |   |   |               |                  |   |     |    |
| 医師・助産師名            |                     |            |   |   |               |                  |   |     |    |
| 印                  |                     |            |   |   |               |                  |   |     |    |

【添付書類】 ※直接支払制度利用の場合:「直接支払制度に係わる合意文書」の写しと

「産科医療保障制度加入機関」印が押印された領収書の写し

※全額払の場合:上記医師・助産師の証明を受けるか、または分娩の事実を証明できる書類(住民票・出生届等)

なお、「被扶養者異動届」と同時に本請求書を提出する方は、被扶養者異動届に住民票等の添付がある為、  
医師・助産師の証明または住民票等の添付は不要です。

【支払方法】・本請求書に基づく給付は「給与」払いとします。

|     |                                      |   |   |   |        |  |  |   |
|-----|--------------------------------------|---|---|---|--------|--|--|---|
| 委任状 | 三菱製鋼健康保険組合から私に支給される給付金の受領を事業主に委任します。 |   |   |   |        |  |  |   |
|     | 令和                                   | 年 | 月 | 日 | 被保険者氏名 |  |  | 印 |

・退職等で銀行振込を希望する方は次の欄に記入願います。

|      |    |       |        |
|------|----|-------|--------|
| 金融機関 | 種目 | 口座番号  | 被保険者名義 |
| 銀行   | 支店 | 普通・当座 |        |

※健保組合記入欄 「赤ちゃんと!」1年間購読の有無(第一子) 有・無