三菱電機健康保険組合　行

被保険者
家　族　出産育児一時金 請求書

令和　　年　　月　　日

被保険者記入欄	被保険者等記号・番号	記号		番号		被保険者氏名	
	所　属	事業所名			生年月日	昭・平　年　月　日
	被保険者住所	（〒　－　）　TEL（　）　－				
	分娩年月日	令和　年　月　日			生産　人 死産　人	死産の場合 妊娠　ヶ月 （　）週
	※ 被扶養者（妻・家族）が分娩した場合					
	被扶養者氏名		生年月日	昭・平　年　月　日	続柄	
	※ 退職後の請求の場合					
	入社年月日	昭・平・令　年　月　日	退職年月日	平成・令和　年　月　日		
	フリガナ		預金種目	□普通　□当座	フリガナ	
	金融機関名	銀行	支店	口座番号	名　義	
	備　考					

医師・助産師又は市区町村長のいずれかが証明するところ	分娩年月日	令和　年　月　日		
	生産又は死産の別	生産　・　死産　（妊娠　ヵ月　週）	胎児の数	単胎　・　多胎（　児）
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和　年　月　日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名　TEL（　）　－			
	本籍		筆頭者氏名	
	出生届出日	令和　年　月　日	出生児氏名	出生年月日　令和　年　月　日
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和　年　月　日 市区町村長名　㊞　TEL（　）　－			

■お願い■訂正箇所には訂正印を押印願います

健保記入欄	支 給 額	¥		支給決定日	令和　年　月　日	
		支給決定並びに支出決議	常務理事		担当者	

本紙に記載された個人情報は、別途事業主及び健康保険組合より公表の利用目的の範囲内で活用されます。

事業所担当者受付印	

24-12

［注意事項］・生産の場合→1．○請求書内に医師の証明をもらう　○請求書内に市区町村長の証明をもらう　○母子手帳1ページ目の写を添付する　○のうちいずれか1つ
2．領収・明細書のコピー（「直接支払い制度を用いていない旨」の記載及び、産科医療補償制度加入施設で出産した場合、領収書に「産科医療補償制度の対象分娩です」の文言が印字やスタンプ等により明記されたもの）
3．合意文書のコピー（「直接支払制度を用いていない旨」及び「保険者名」のあるもの）
・死産の場合→右記1は「○請求書内に医師の証明をもらう」に限る