20241201
三菱自動車健康保険組合　御中

受付日付印

被保険者 家族　出産育児一時金支給請求書

事業主使用欄
この申請書は被保険者が作成したものである□

被保険者の記入欄	被保険者等 記号 番号 枝番	記号 番号・枝番　・	事業所名称		下記のとおり請求します。 支給金額の受領を事業主に委任します。 令和　年　月　日
	分娩者・枝番	・	分娩者の生年月日	昭和・平成・令和 年　月　日	(フリガナ) 被保険者 氏　名 昭・平・令　年　月　日生
	分娩日	令和 年　月　日	死産・流産の場合はその旨を記載	妊娠　ヶ月で 死産・流産	任意継続被保険者・退職者記入欄 住所 〒　－
	出生児氏名	① ② ③	出生児の続柄	① ② ③	TEL　(　) 支払希望銀行口座(本人名義のもの) 銀行　支店 口座番号(　)
	分娩した病院等の住所及び名称				

証明欄	医師、助産師の分娩証明 (母子手帳の「写」を添付した場合は証明欄省略可)	分娩日	令和　年　月　日	分娩の種類	生産・死産(妊娠　週　日)
		分娩児の数	単胎・多胎(　児)	直接支払制度	利用有・利用無
		上記のとおり相違ないことを証明する。 令和　年　月　日 職名(　)　所在地 名称 氏名			

健保記入欄	支給決定伺					
	支給額	円 多胎分娩　円	被保険者資格得喪年月日			
			取得	昭和 平成・令和　年　月　日		
	支給決定年月日	令和　年　月　日	喪失	令和　年　月　日		
	備考	扶養認定日　年　月　日	常務理事	事務長	主任	担当

(注) 1. 毎月23日を受付締切日とし、必要事項を確認し在籍者分は事業所宛・退職者等は指定口座へ翌月振込みします。
2. 海外で分娩し医師等の分娩証明が外国語で作成されている場合は、日本語の翻訳文(翻訳者氏名・住所等が記載してあるもの)を添付してください。
3. 当健保の被保険者であった者(被保険者期間が1年以上有る場合)が資格喪失後6ヶ月以内に分娩した場合、または他健保等の被保険者(被保険者期間が1年以上有る場合)であった扶養家族が退職後6ヶ月以内に分娩した場合は「出産育児一時金不支給証明」をこの請求書に添付してください。
4. 医療機関等から交付される合意文書の写しを添付してください。
5. 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書の写しを添付してください。
6. 産科医療補償制度に加入する医療機関等の医学管理下(当該スタンプ押印要)での出産(死産を含み、在胎週数第22週以降のものに限る)の場合に500，000円を支給することになります。(出産費用が500，000円に満たない場合は、差額を支給します)