

同年月日	平成	年	月	日	常務理事	事務長	会計	扱	者	被扶養者 台帳照合印
支払年月日	平成	年	月	日						
支払額		拾万	万	千	百	拾	円			
支給 決定 書	法定 給付額	出産 育児	項目	拾万	万	千	百	拾	円	適 格 資 格 喪 失 備 考
	追加 給付額	出産 育児	項目	拾万	万	千	百	拾	円	資 格 喪 失 備 考
	分べんの 日	平成	年	月	日	得 年	月	日	決 定 標 準 報 酬 月 額	千 円

(注意事項)

1. 標題の「被保険者」と「家族」の別および⑩⑪ならびに⑬の欄は、それぞれ該当する文字を丸でかこんでください。
2. ①欄は、健康保険の被保険者証をみればわかります。
3. 生産または早産の場合は⑨の欄に、入院しないで分べんした場合は⑨の欄に、女子被保険者が分べんしたための請求がある場合は、⑩の欄に、「ある」を丸でかこんだ場合は⑩欄にそれぞれ「該当せず」と記載してください。
4. 訂正箇所には各記入者と同じ印を押してもらってください。
5. ⑮欄は、被保険者資格喪失後の分べんであるときは、その資格喪失年月日を、また、生産であったが間もなく死亡したときは、「出生児は、〇〇時間生存して死亡」等と記載してください。
6. ⑰欄の「死産」の文字が丸でかこまれている場合、妊娠何カ月の死産であるかを、かつ3ヶ月以内に書き入れてもらってください。
7. 給付金の受領方を他人に委任する場合、および給付金を直接受領する見込みのある場合はそれぞれ該当の欄に記入押印して提出してください。
8. 法定給付と追加給付を別々に扱っているところは、不要の文字を抹消してください。
9. 8. ⑮欄は記入しないでください。

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書

平成〇〇年〇〇月〇〇日請求

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証 の記号と番号	※	0000000000	② (フリガナ) 被保険者(請求者) の氏名と印	ミツビシ アイコ 三菱 愛子	③ (印)	(三菱)	
	④ 被保険者の現住所	〒	000-0000	〇〇県〇〇市〇〇町1-1			方	
	⑤ 事業所の名称	〇〇〇〇株式会社	〇〇工場					
	⑥ 分べんした年月日	平成	〇〇年	〇〇月	〇〇日	⑦ 死産の ときはその旨	⑧ 妊娠 経過期間	ヶ月 週
が 医 師 ・ 助 産 師 又 は 区 市 町 村 長	⑨ 入院して 分べんした ときは、そ の病・産院の (ア) 名称	〇〇〇〇病院	(イ) 所在地	〇〇県〇〇市〇〇町1				
	⑩ 家族が分 べんした 者の氏名 (ア) 氏名		(イ) 生年月日	昭和・平成	年	月	日生	
	⑪ (フリガナ) 出生児の氏名	ミツビシ イチロウ 三菱 一郎	⑫ 被保険 者と出生 児の関係	長男	⑬ 出生児が 被保険者 であるか どうか	ある	ない	
	⑭ 出生児が 被保険者 でない 理由		⑮ 備考					

が 医 師 ・ 助 産 師 又 は 区 市 町 村 長	⑯ 分べんした 年月日	平成	年	月	日	⑰ 生産または 死産の別	生産・死産(妊娠)	ヶ月 週				
	⑱ 出生児の数	単胎・多児(児)				備考						
	⑲ 上記のとおり相違ないことを証明する。 平成	年	月	日	医療施設の名称・所在地 医師・助産師名		印	電話(局)番				
	⑳ 本籍		(21)筆頭者氏名									
区 市 町 村 長	(22)出生届出日	平成	年	月	日	(23)出生児氏名		(24)出生年月日	平成	年	月	日
	(25)上記のとおり相違ないことを証明する。 平成	年	月	日	区市町村長名		印	電話(局)番				

支 払 金 融 機 関 の 欄	支払区分	振込	預金種別	普通	〇〇	銀行 金庫 農協	〇〇	本店 支店
	金融機関	※			口座名義(カナ)	ミツビシ アイコ		
	口座番号	0000000000						

私は 〇〇〇〇 〇〇年〇〇月〇〇日に請求した出産育児一時金、
金 〇〇〇〇円也の受領方を委任します。 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日

本人 住所 氏名 (印)

代理人 住所 氏名 (印)

領収書 金 〇〇〇〇円也領収いたしました。 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ※ 受付日付印

三菱製紙健康保険組合理事長殿 氏名 (印)

事業所
担当者
印