

<input type="checkbox"/>	出産育児一時金の請求 (直接支払制度を利用しない請求の場合○印記入)
<input type="checkbox"/>	内払金の請求 (直接支払制度を利用した後の差額請求の場合○印記入)

記号	番号	被保険者氏名	所属				
被扶養者が出産したための請求であるときはその者の		氏名	続柄	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日

該当の場合は○を付けてください。該当の場合は下記の事項を記入してください。

被 保 険 者 記 入 欄	当組合の被保険者であった者が資格喪失後6ヶ月以内に出産し、当組合へ請求する場合			左 記 以 外 の 出 産 し た 方 に つ い て 記 入	出産日前6ヶ月の間に他の健康保険組合の被保険者であった場合			
	(1) 出産日に加入の健康保険等について				(1) 以前加入していた健康保険等について			
	名称				名称			
	記号番号				記号番号			
	連絡先	()			連絡先	()		
	(2) (1)への出産育児一時金請求の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				(2) (1)への出産育児一時金請求の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	(3) この出産は海外で出産しましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合のみ以下へご記入・ご捺印ください。 1. 当組合以外で出産育児一時金を申請していません。 2. 他の健保組合等に出産育児一時金の申請確認をすることに同意します。 以上、相違ありません。被保険者名							
	退職者記入欄(任意継続者は記入不要)	振込先	銀行名		支店名	種別	口座番号	
			コード		コード	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		

医 師 又 は 助 産 師 意 見 欄	分娩年月日	令和 年 月 日	生産・死産の別	生産・死産(月)
	出生児数	単児・多児(児)	在胎週数	満 週 日
	上記のとおり相違ないことを証明します。			
	令和 年 月 日		医師施設の名称・所在地	
		医師・助産師名		

令和 年 月 日提出

※ 注意 ①医師または、助産師の証明が外国語で作成されているときは、日本語翻訳文(翻訳者の氏名、住所等を記載し押印したもの)を添付してください。

【送付先】 詳しくはホームページの提出先をご参照ください。 ←ここをクリック

SATO社会保険労務士法人に委託している事業所.....SATO社会保険労務士法人 三菱ケミカル担当
[郵 送]〒532-0011 大阪府大阪市淀川区西中島3丁目5-2 新居第10ビル 3F

SATO社会保険労務士法人に委託していない事業所.....各事業所の健保担当者

任意継続保険加入者
三菱ケミカル健康保険組合の資格を喪失した方

三菱ケミカル健康保険組合
[郵 送]〒100-8251 東京都千代田区丸の内1-1-1 パレスビル

健 保 記 載 欄	(家族)出産育児一時金		
	円

受付日付印

事業所	
-----	--

健保組合	
------	--