

**出産育児一時金の「直接支払制度」を利用された方は、申請の必要はありません。**  
 差額が発生している場合であっても、出産の2~3ヶ月後に自動払いで支給されます。  
 「直接支払制度」の利用ができない医療機関で出産された方、または「直接支払制度」を利用されなかった方は  
 ご請求ください。

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)  
 差額の請求 (直接支払制度を利用した後の差額請求の場合○印記入)

**該当する方に○を記入してください。**

被保険者等 記号	1001	被保険者氏名	運動 一郎	所属	KITEKI健康社	
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	0000001	運動 桜子	続柄 妻	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/>	年 月 日 5 10 10	
該当の場合は○、非該当の場合は×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	<input checked="" type="radio"/> 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		
	<b>出産された対象者の情報を記入</b>					
	健康保険 等について	記号番号 連絡先	名称	四菱建設健康保険組合		
	(2)(1)への出産育児一時金請求をしていますか。			被保険者 等 記号番号	4 1 - 1 2 3 4 5 6 7	
	(3)この出産は海外で出産しましたか？			連絡先	045 ( 999 ) 1111	
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。			(2)(1)への出産育児 一時金請求の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
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	
<b>ご退職後、任意継続に加入されない場合は 口座情報を記入してください。</b>						

分娩年月日	令和 6 年 11 月 10 日	生産・死産の別	<input checked="" type="radio"/> 生産・死産( 月)
出生児数	<input checked="" type="radio"/> 単児・多児( 児)	在胎週数	満 4 0 週 0 日
上記のとおり相違ないことを証明します。			
令和 6 年 11 月 20 日	医師施設の名称・所在地 東京都○△市○×1-1-× ○×病院		
<b>出産された医療機関等の医師、または助産師が証明を記入する欄です。</b>			

令和 6 年 12 月 10 日 提出

**添付書類**  
 医療機関から交付される「**出産費用の領収明細書**」(産科医療補償制度加入の  
 有無及び、直接支払制度の利用の有無がわかるもの)の添付の上、ご請求ください。

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

(家族) 出産育児一時金  
 円

受付日付印

事業所

健保組合