

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書(内払金)

1 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)
 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
1 2 3 4	1 2 3 4 5 6 7	健保 太郎	KAITEKI健康社
2 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		健保 桜子	続柄 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 62 10 10
3 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。			
<input checked="" type="checkbox"/> 当組合の被保険者であった者が資格喪失後6ヶ月以内に出生し、当組合へ請求する場合 (1) 出産日に加入の健康保険等について 名称 () 記号番号 () 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 (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 ()		<input 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 (1) 以前加入していた健康保険等について 名称 四菱建設健康保険組合 記号番号 4 1 - 1 2 3 4 5 6 7 連絡先 045 (999) 1111 (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	
4 退職者記入欄(任意継続者は記入不要) 振込先		5 口座番号	
銀行名 支店名		種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
コード		口座名義人(フリガナ)	
銀行		支店	
分娩年月日 令和 5 年 5 月 1 日		生産・死産の別 <input checked="" type="radio"/> 生産 死産()ヶ月	
出生児数 <input checked="" type="radio"/> 単児・多児()児		在胎週数 満 4 0 週 0 日	
6 上記のとおり相違ないことを証明します 令和 5 年 5 月 2 日 医師施設の名称・所在地 東京都〇△市〇×1-1-× 社会医療法人社団〇×会〇×病院 医師・助産師名			

申請上の注意点

- 直接支払制度を利用された方の出産育児一時金はご出産の2～3カ月後に自動払いで支給されますので、原則、申請は不要です。
- 申請の際は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)の添付が必要です。

- ① 該当する方に○を記入してください。
上段: 直接支払制度を利用されずに、窓口で出産費を全額支払った場合
下段: 直接支払制度を利用し、差額の請求をする場合
- ② 出産された対象者の情報を記入してください。
- ③ ○×を必ず記入の上、該当の場合は出産された方が加入されていた健康保険組合の情報を記入してください。
- ④ 退職され、任意継続にもご加入がない場合は口座情報を記入してください。
- ⑤ 被保険者がお亡くなりになった場合は相続人の方の口座情報を記入してください。
- ⑥ 「医療機関の記入欄」の記入年月日も忘れずに記入してください。

※ 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
 三菱ケミカル健康保険組合の資格を喪失した方 [郵送]〒100-8251 東京都千代田区丸の内1-1-1 パレスビル

被保険者記入欄・医師又は助産師意見欄への記入が完了次第、請求書をご送付ください。

健康保険	(家族)出産育児一時金	円
受付日付印	事業所	健保組合
	三菱ケミカル健康保険組合	05.05