

支給決定額		支給決定日				令和	年	月	日	給付記録 入力済印
医療機関	円	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者					
被保険者	円									

被保険者
家族 出産育児一時金請求書

被保険者が記入するところ	① 事業所名称	〇〇〇株式会社														
	② 被保険者等 記号番号	××	—	×××	③ 被保険者 氏名	健保 正										
	④ 資格取得 年月日	昭和 平成	××	年	××	月	××	日	⑤ 資格喪失 年月日	令和	年	月	日			
	⑥ 出産した者	被保険者・ 家族 (被扶養者)	家族の場合 その方の 氏名			健保 春子			生 年 月 日	昭和 平成	××	年	××	月	××	日
	⑦ 分娩年月日	令和	×	年	×	月	×	日	⑧ 生産の場 合の 1 出生児数	1	人	⑧ 2 死産の場 合の 2 死産児数		人	⑧ 3 死産の場 合の 3 妊娠 経過期間	満
⑨ 出産した者が 被保険者→退職後6カ月以内の出産ですか 被扶養者→当組合加入後6カ月以内の出産ですか	はい いいえ				⑩ ⑨で「はい」の場合保険者名と記号・番号をご記入ください 被保険者→現在加入している情報 (保険者名) △市国民健康保険 被扶養者→当組合へ加入前の情報 (記号・番号) 国保〇-〇〇〇											

証明欄 (いずれか記入)	⑪ 医師又は 助産師の 証明	出生者氏名	分娩年月日	令和	年	月	日
	出生時の数	単胎	・	多胎 (児)	生産または 死産の別	生産	・
⑫ 市区町村 長の証明 (生産のみ)	<p style="text-align: center;">医師・助産師、または市区町村長の証明を受け、 領収証を添付してください。 (市区町村長証明には押印必要)</p> <p style="text-align: center;">分娩日／直接支払制度の利用／産科医療補償制度スタンプ等、 必要事項が確認出来るものであれば、 添付を以て証明に代えても差支えありません。 (差額請求の際は直接支払制度合意文書の写しも要添付)</p>						
	市区町村長名	令和	年	月	日		

⑬ 確認欄	本請求について、下記の項目を確認しました。	令和	年	月	日
	<input type="checkbox"/> ①又は②の要件を満たしたものである。 <input type="checkbox"/> ①申請者本人 (被保険者又は請求者) が作成したものである。 <input type="checkbox"/> ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 <input type="checkbox"/> HP「給付に関する事項」等、個人情報保護方針を確認し、同意した。 <input type="checkbox"/> 内容に関し健康保険組合が医療機関等に照会する必要がある場合は同意する。				

⑭ 振込希望先	金融機関名	銀行・信用金庫	普通	・	当座	フリガナ
	被保険者 (請求者) 住所 氏名	資格喪失後の分娩のときのみ記入してください。				

MBK連合健康保険組合

(記入上の注意)

- 表題および⑥の「被保険者」もしくは「家族」で該当するほうを○で囲んで下さい。
- 直接支払・出産費用等が明記された領収明細書等の添付を以て⑩⑪に代えても差支えありません。
- ⑬欄は、必ず全ての項目を確認し、チェックを入れて下さい。
- ⑭欄は、資格喪失後の分娩に関する請求のときに記入して下さい。

受付日付印