

出産育児一時金（付加金）請求書

① 被保険者証の 記号・番号		② 事業所の名称		③ 被保険者の 標準報酬額	円
④ 被保険者の 氏名			⑤ 被保険者の 生年月日	年 月 日	
⑥ 分娩年月日	年 月 日		⑦ 死亡のとき はその旨		
⑧ 分娩した場所	医療施設等 の名称				
	医療施設等 の所在地	〒			
⑨ 家族の分娩であるときは その氏名・生年月日				年 月 日	
⑩ 出生児の氏名			⑪ 出生児の 生年月日	年 月 日	
⑫ 出生児が被扶養者 かどうか	被扶養者で ある ない	⑬ 出生児が被扶養者で ないときはその理由			
⑭ 他制度から給付を受けて いるかどうか	受けている		受けていない		
⑮ 備考					
上記のとおり申請します。 年 月 日 住所〒 被保険者の 氏名 三菱地所健康保険組合理事長 殿 TEL					

⑯	委任状	<p>私は _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。</p> <p>年 月 日請求した出産育児一時金（家族出産育児一時金）・出産育児一時金 付加金（家族出産育児一時金付加金）のうち 金 _____ 円也の受領に関する事。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所〒 被保険者の 氏名</p> <p style="text-align: right;">住所〒 代理人の 氏名</p>
---	-----	--

医師・助産師又は市区町村長が証明する欄	⑰ 分娩年月日	年 月 日		⑱ 生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 週)		
	⑲ 出生児の数	単胎・多胎(児)					
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医療施設の名称・所在地 〒 医師・助産師名						
	⑳ 本籍				㉑ 筆頭者氏名		
	㉒ 出生届出日	年 月 日		㉓ 出生児 氏名	㉔ 出生 年月日	年 月 日	
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 区市町村長名 印						

※ 分娩した医療施設が発行した領収書の写しを必ず添付してください。

〔記入上の方法〕

I. 被保険者への注意事項

1. 標題は被保険者が分娩したときは、「被保険者」を、家族が分娩したときは「家族」を○印で囲んでください。
2. ⑧欄の分娩した場所は、分娩した病院、診療所又は助産所などの医療施設名を記入してください。
(なお、自宅分娩の場合は、その旨を記入してください。)
3. ⑨欄は、被保険者(本人)の出産育児一時金の請求であるときは、斜線で抹消してください。
4. ⑩、⑪の欄には、出生児が複数のときは、それぞれの氏名、生年月日を記入してください。
5. ⑭欄には、他の医療保険制度から既に出産育児一時金、家族出産育児一時金を受けているときは、その旨を記入してください。
6. ⑮欄には、被保険者の資格を喪失した後の分娩であるときは、資格喪失年月日を、生産であったが、間もなく死亡したときは「出生児は、〇〇時間生存した後死亡」などのことを記入してください。
7. ⑯欄の「出産育児一時金(家族出産育児一時金)・出産育児一時金付加金(家族出産育児一時金付加金)」の文字で不要のものは抹消してください。
8. 請求した給付の全額について受領を委任する場合であっても⑰欄に受領委任した金額を記入してください。
9. 医師又は助産師の証明が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文(翻訳者の氏名、住所等を記載したもの)を添付してください。
10. 分娩した医療施設が発行した領収書の写しを必ず添付してください。

II. 医師、助産師又は市区町村長への注意事項

1. 市区町村長による証明の場合は、本籍所在もしくは出生届を提出した市区町村に依頼してください。
2. ⑱欄は、該当する文字を○印で囲み、死産の場合は、妊娠第〇月又は第〇週であったかを記入してください。