◎記入する前に必ずお読みください。
※1 標題の「被保険者」と「家族」のいずれか該当する文字を○で囲んでください。
※2 出生の証明欄はどちらか一方でうけてください。但し、死産のときは医師・助産師の証明となります。
※3 家族の出産でその者が6ヶ月以内に被保険者として他健保に加入していたときは必ず記入してください。
※4 出産児に係る氏名の記載について「死産・流産・人工妊娠中絶の場合は記載不要です。

健康保険 被保険者 ※1 (家族) 出産育児一時金請求書

三菱電機ビルソリューションズ健康保険組合 御中

赤字部「記入必須」

令和 ×年×月×日提出

※太枠の部分は必ず本人が記入してください。また、未記入欄の無いようにしてください。

被保険者	記号	123	番号	45678	氏名印	健 康 太 郎	
	現住所	〒 XXX －XXXX	○○○県○○○○ 1234番地				
被保険者が勤務している(していた)事業所	会社名	△ △ △ △ 株式会社					
	所在地	東京都○○○○ 1－4番地					
家族が出産したときはその者の	氏名	健 康 花 子	生年月日	昭・(平)・令 XX年 XX月 XX日	被保険者との続柄	妻	
出産日	(令) XX年 XX月 XX日	死産であるときはその旨		出生児の氏名	健 康 美 久	被保険者との続柄	長女
出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	(ある)・ない	被扶養者でないときはその理由	① 夫の扶養になるため	② その他理由( )			
出産した医療機関	名称	△△産婦人科	所在地	○○○県○○○○ 1357番地			
資格を喪失した者の請求の場合は振込希望金融機関を記入してください	銀行	支店			フリガナ 口座名義		
	種別	普通・当座	口座番号				
※3 家族の出産で,その家族が6ヶ月以内に被保険者として他の健保組合に加入していたときは,その健保組合の	名称				記号・番号	～	
	連絡先電話番号				資格喪失日	令和 年 月 日	

委任欄

私は下記の者を代理人と定め出産育児一時金の受領方を委任します。

令和 × 年 × 月 × 日

被保険者氏名 健 康 太 郎

受領代理人
(組合届出済氏名)

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者等の記号番号を記入した場合は不要です)

※2

医師または、助産師の証明欄	出生日	令 年 月 日	胎児の数	単胎・多胎(児)
	生産・死産の別	生産・死産(妊娠 週)		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日			
市区町村の証明欄	出生児氏名		出生日	令 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日			
	市区町村長名 ㊞			

医師または、市町村の記入欄

医師または、助産師、市町村のいずれかに証明を貰ってください。

市町村長の証明は「印」が必要

<R061202>