


健康 組合 記入 欄	支給決定額	支給決定日 令和 年 月 日			
	円	常務理事	マネージャー	リーダー	担当者

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書

被 保 険 者 記 入 欄	該当者区分	2 1.被保険者 2.家族 (被扶養者)	【被保険者が出産の場合】 退職後6カ月以内の出産ですか 【家族(被扶養者)が出産の場合】 当組合加入後6カ月以内の出産ですか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	左側質問で「はい」の方は、現在加入の保険者を記入	(保険者名称) 〇〇市国民健康保険 (被保険者等記号番号) 国保 123-4567	
	被保険者等記号番号	111	999	被保険者氏名	健保 正		
	事業所名称	株式会社 健康保険					
	資格取得年月日	平成 2 年 3 月 1 日 令和	資格喪失年月日	令和 年 月 日			
	出産者氏名	健保 春子		出産者の生年月日	平成 6 年 4 月 3 日 令和		
	分娩年月日	令和 8 年 5 月 1 日	生産または死産の別	1	1. 生産 2. 死産 3. 生産死産の混在		
	【生産の場合】 出生児数	1 人	【死産の場合】 死産児数	人	【死産の場合】 妊娠からの週数および日数	満 週 / 日	
	【同意・確認事項】 組合WEBサイトへアクセスし「請求時の同意・確認事項」を必ずご確認ください。 確認後は、同意・確認日の日付を記載しチェック☑をしてください。  同意・確認日 令和 8 年 8 月 2 日 <input checked="" type="checkbox"/> WEBページ記載の「同意事項」について同意します。 <input checked="" type="checkbox"/> WEBページ記載の「確認事項」「注意事項」について確認しました。 <input checked="" type="checkbox"/> 請求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します。 QRコードが読み込めない場合下記URLからアクセスしご確認ください。 【MBK連合健康保険組合WEBサイト】 https://www.mbk-rengo-kenpo.or.jp/pay-attention/						
	【被保険者が資格喪失後に出産し、次の1、2を満たしている場合】 振込先金融機関情報 1.被保険者資格喪失後6カ月以内の出産であること 2.被保険者であった期間が、資格喪失前1年間に3カ月以上、または3年間に1年以上あること		銀行・信用金庫 本店・支店・出張所 預金種別 普通 ・ 当座 ・ その他 口座番号またはゆうちょ銀行記号番号 口座名義(フリガナ) ()				

証 明 欄 (い ず れ か 記 入)	医師又は助産師の証明					
	出産者氏名		分娩年月日	令和 年 月 日		
	出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)	生産または死産の別	生産 ・ 死産	満 週 日)	
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日					
	医療施設所在地 医療施設名称 医師・助産師の氏名					
	市区町村長の証明(生産のみ)					
	本籍					
	筆頭者氏名		出産者氏名			
	出産児氏名		出生年月日	令和 年 月 日		
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日					
市区町村長名						

MBK連合健康保険組合

受付年月日

注意事項

- 表題の「被保険者」「家族」の文字は、いずれか該当するほうを○でかこんでください。
- 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『証明欄』に代えても差支えありません。
- 給付金の支給決定後は、ご提出いただいた書類の返却はできません。

添付書類