

決 裁 伺			
常務理事	事務長	担当者	担当者

支 給 額						
支 給 額						
摘 要						

資格取得	年 月 日
資格喪失	年 月 日
決裁日	年 月 日
支払日	年 月 日

受 付 印

【直接支払制度を使用しない場合又は海外での出産の場合】

出産育児一時金請求書

※マイナポータル、資格情報のお知らせ、資格確認書、健康保険証のいずれかから確認できます。

被 保 険 者 記 入 欄	健康保険 記号・番号※	記号	番号	所属事業所	氏名コード		
	資格取得 年月日	年	月	日	出産年月日	年 月 日 出産	
	出産した者	<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 被扶養者	家族の場合 その方の氏名			
	生産または死産の別			<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 生産・死産混在			
	生産の場合 出生児数	人	死産の場合 死産児数	人	死産の場合 妊娠からの週数・日数	満 週 (日)	
	出産した 医療機関等	名称 住所					
	【被保険者】退職後6ヶ月以内の出産ですか？				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	【家 族】ムラタ健保加入後6ヶ月以内の出産ですか？						
	上記が『はい』の場合、下記にも回答してください。						
	【被保険者】→ 現在加入している保険者について				保険者名：		
【家 族】→ ムラタ健保加入前に加入していた保険者について							
同一の出産について、以前加入していた保険者に出産育児一時金を <input type="checkbox"/> 請求した <input type="checkbox"/> 請求していない							
上記のとおり請求します。在職中は、本籍会社を代理人と定め給付金の受領を委任します。 年 月 日 村田製作所健康保険組合理事長殿							
被保険者 住 所 〒 (請求者) 氏 名 @ TEL ()							

医 師 又 は 助 産 師 記 入 欄	出産した人の氏名		出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)
	生産 死産 の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠第 週)	出産年月日	年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日			
医療機関 住 所 〒 担当医師 または 助産師 @ TEL ()				

【必要書類】 ・ 医療機関等から交付される出産費用の領収書・明細書の写し (海外で出産した場合は除く)
・ 医療機関等から交付される合意文書の写し
・ 海外で出産した場合 - 現地出生証明書の写し