| 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

**被保険者記入欄**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者証<br>記号・番号 | 記号　　番号 | 所属事業所 | | 氏名コード | |
| 資格取得<br>年月日 | 年　月　日 | 出産年月日 | 年　月　日　出産 | | |
| 出産した者　☐ 被保険者　☐ 被扶養者 | | 家族の場合<br>その方の氏名 | | | |
| 生産または死産の別 | | ☐ 生産　☐ 死産　☐ 生産・死産混在 | | | |
| 生産の場合<br>出生児数 | 人　死産の場合<br>死産児数 | 人 | 死産の場合<br>妊娠からの週数・日数 | 満　週（　日） | |
| 出産した<br>医療機関等 | 名称<br>住所 | | | | |
| 【被保険者】退職後6ヶ月以内の出産ですか？<br>【家　族】ムラタ健保加入後6ヶ月以内の出産ですか？ | | ☐ はい　☐ いいえ | | | |
| 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<br>【家　族】→ ムラタ健保加入前に加入していた保険者について | | 保険者名 ： | | | |
| 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　☐ 請求した　☐ 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 | ☐ 単胎　☐ 多胎（　児） |
| 生産<br>死産　の別 | ☐ 生産　☐ 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<br>または<br>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