

記入例 (本人用)

レゾナック健康保険組合 常務理事 殿

被保険者 出産育児一時金
家族 出産育児一時金

請求書

被 保 険 者 記 入 欄	1 請求年月日	令和 ○年 ○○月 ○○日	2 業所(会社)名称	株式会社○○○○○		
	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	被保険者 (フリガナ)	ケンボ ハナコ	
		1 2	3 4 5 6 7		氏名	健保 花子
	連絡先住所・ 電話番号	(〒 105-0000) 東京都○区△△○丁目○○番地○号 (TEL: 03-○○○○-○○○○)				
	出産した者の 氏名	健保 花子	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 ○年 ○月 ○日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 ○年 ○月 ○日	被保険者 との続柄	本人
分娩年月日	令和 ○年 ○月 ○日	生産または 死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 生産・死産混在			
同一の出産に ついての給付	記入不要					
3 委任状	給付金の振込について：健保から事業主へ振込み、事業主から被保険者へ給与を含めて振込まれます。 給与合算手続きを事業主に依頼するため、必ずご署名ください。					
	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 令和 ○年 ○月 ○日 被保険者氏名 健保 花子					

4 医師・ 助産師・ 市区村長 いずれか の証明 欄	分娩年月日	令和 年 月 日	生産または 死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 週 日)		
	出生児数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)	出産者氏名			
	上記のとおり相違ありません。			令和 年 月 日		
	医療機関等の名称 医師・助産師の氏名 電話番号					
	住所			世帯主氏名		
	出生届出日	令和 年 月 日	出生児氏名	出生年月日	令和 年 月 日	
上記のとおり相違ありません。			令和 年 月 日			
市区村長名 電話番号			印			

記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。
 二重線上には訂正印または記入者のフルネーム署名が必要です。

◆注意事項

- ・直接支払制度を利用した場合、本請求書のご提出は不要です。
- ・直接支払制度を利用し、出産費用が産後一時金の額に満たなかった方は、後日差額が給与合算で自動給付されます。

◆記入要領 (記入例の番号と照合してください)

- 共通：は該当するものに✓をご記入ください。
- ①本請求書を事業所(会社)に提出する日をご記入ください。
 - ②勤務先会社名(出向者は出向元)をご記入ください。
 - ③給付金は給与合算振込みとなりますので必ずご記入ください。
 - ④市区町村長の証明を受ける場合は出生の事実を確認するため「出生年月日」の証明を受けてください。

◆添付書類

- ①直接支払制度を利用しない旨の合意書文書(写)
- ②分娩費用明細書(写)
※産科医療保障制度加入医療機関等での分娩の場合は、「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言が印字やスタンプ等により明記されたもの
- ③海外での出産の場合
→(1)医療機関または公的機関で発行された、出産の事実を証明する書類(写)および日本語訳
(2)渡航期間のわかるパスポート(写)(出産した方の氏名のページ、滞在国の入国あるいは出国の押印が確認できるページ)
(3)海外の医療機関等に対して出産の事実、内容等の照会を行うことの同意書

◆その他

- ・出産した日の翌日から起算して2年を経過した場合は請求ができません。
- ・毎月25日までに到着した請求分を翌月給与に合算して支給いたします。
- ・給付金支給金額はレゾナック健康保険組合ホームページの「MY HEALTH WEB」でご確認いただけます。

K003

※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。
 二重線上には訂正印または記入者のフルネーム署名が必要です。