

記入例 (家族用)

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 事	1 請求年月日	令和 ○年 ○○月 ○○日	2 事業所(会社)の名称	任意継続							
	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ						
		1 2	3 4 5 6 7		健保 太郎						
	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	被保険者 との続柄	妻					
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								
3 同一の出産に ついての給付	他の健保から給付を <input type="checkbox"/> 受けている <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない										
4 受取方法	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の振込先指定口座欄にご記入ください。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します										
5 振込先 指定口座	金融機関名称	ゆうちょ 銀行 一二三 支店(出張所)									
	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	
	口座名義	ケンポ タロウ									

6 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				印	
電話番号					

K003 退

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、出産費用が出産育児一時金の額に満たなかった方の差額給付は、任意継続の場合、届出口座に自動給付されますのでご請求は不要です。退職後の方、退職予定の方については当組合より請求書をお送りします。
- ・当組合扶養認定後6か月以内に出産した場合、前加入健保、当組合の双方で受給要件を満たしていても、いずれか一方にしか請求できません。

◆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本請求書を健保組合に送付する日をご記入ください。
- ②任意継続被保険者の方は『任意継続』とご記入ください。その他の方は退職した会社名をご記入ください。
- ③当組合扶養認定後6か月以内の出産の場合、他健保からも同一の給付を受けられる可能性があるため、該当欄にをご記入ください。
- ④マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する方はにをご記入ください。
- ⑤公金受取口座を利用しない方はご記入ください。ゆうちょ銀行を指定される方は、振込専用の店名(漢数字3文字)、口座番号をご記入ください。
- ⑥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レゾナック健保の資格取得後6か月以内の出産の場合
 - 『健康保険加入状況調査書(出産育児一時金請求用)』
- ④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25日(休日の場合は前日)に給付いたします。
- ・任意継続の方の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。その他の方には給付金明細が記載された『保険給付決定支払通知書』を送付いたします。

※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。