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

請求年月日	令和　　年　　月　　日		事業所(会社)の名称		
被保険者等記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	
連絡先住所・電話番号	(〒　　－　　) (TEL：　　)				
出産した者の氏名			生年月日	□昭和 □平成　年　月　日	被保険者との続柄
分娩年月日	令和　　年　　月　　日		生産または死産の別	□ 生産　□ 死産　□ 生産・死産混在	
同一の出産についての給付	他の健保から給付を　□ 受けている　□ 受けていない				
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に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				

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	□生産 □死産 ➡ (妊娠　　週　　日)	
出生児数	□単胎　□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

※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。

受付日付印