

**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 入	1 請求年月日	令和 ○年 ○○月 ○○日	2 業所(会社)名称	株式会社○○○○○	
	被保険者等 記号・番号	記号	番号	(フリガナ)	被保険者 氏名
		1 2	3 4 5 6 7		
	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 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 健保 太郎				

5 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。出産費用が出産育児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。
- ・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。
- ⑤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レゾナック健保の扶養認定後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。

※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。