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			
受取方法	□ 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☑　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			
振込先指定口座	金融機関名称	銀行　　支店（出張所）		
	預金種別	□普通　・　□当座	口座番号	
	口座名義			

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。 医療機関等の名称 医師・助産師の氏名 電話番号		令和　　年　　月　　日	
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。 市区村長名 電話番号	印	令和　　年　　月　　日	

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。

受付日付印