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

① 被保険者記入	請求年月日	令和　○年　○○月　○○日			②	事業所（会社）の名称	任　意　継　続				
	被保険者等記号・番号	記号	番号			被保険者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)　ｹﾝﾎﾟ　ﾀﾛｳ 健保　太郎				
		１２	３４５６７								
	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	☐昭和 ☑平成　○年　○月　○日		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	☑ 生産　☐ 死産　☐ 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　☐ 受けている　☑ 受けていない									
④	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									
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	☑普通　・　☐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	☐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 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。

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

❶直接支払制度を利用しない旨の合意書文書（写）
❷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
❸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）』
❹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。