

## 健康保険加入状況調査書（出産育児一時金請求用）

◆以下の場合にご提出ください

<被保険者の方>

- ・レゾナック健康保険組合の資格喪失後、6か月以内に出産したとき

<被扶養者の方>

- ・レゾナック健康保険組合の扶養認定日以後6か月以内に出産したとき

※お預かりした個人情報は、出産育児一時金の支給決定以外の目的では利用いたしません。

被保険者等 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	
			出産者氏名	

◆レゾナック健保の被保険者だった方⇒現加入健保名 ◆レゾナック健保の被扶養者の方 ⇒前加入健保名	
加入期間	平成・令和 年 月 日～令和 年 月 日
勤務先名	

### 「健康保険加入状況」および「出産育児一時金給付記録」調査についての同意書

私は、レゾナック健康保険組合が上記に記載した健康保険組合に、加入状況および出産育児一時金の給付記録の照会を行うことに同意いたします。

令和 年 月 日

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

K003-1

※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