

りそな健康保険組合 御中

- 本人 (被保険者)
 家族 (被扶養者)

出産育児一時金・同付加金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	記号	(フリガナ)			
	被保険者証 番号	被保険者氏名 (自署)			
	被保険者の現住所	〒 — —	被保険者の生年月日		
		TEL — —	S	年 月 日生	
	事業所の名称 連絡先	事業所名			
		所属部署名 連絡先	TEL — —	(内線:)	
	家族が出産した場合 その氏名・生年月日			昭和 平成	年 月 日生
出産日	令和 年 月 日	備考			
直接支払制度 利用の有無	利用した ・ 利用していない (どちらかを○で囲んでください。)				
(資格喪失後の場合) 振込希望の銀行名	銀行名	支店名	普通預金口座番号	りそなグループの 銀行を指定願いま す。	
	銀行	支店			

※ 直接支払制度を利用した場合、以下の証明は不要です。

医 師 ・ 助 産 師 の 証 明 欄	分娩年月日	令和 年 月 日
	生産または死産の別 (いずれかにチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 週 日)
	出生時数 (いずれかにチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)
	上記のとおり相違ないことを証明する。	令和 年 月 日
	医療機関所在地	
	医療機関名称	
	医師・助産師氏名	

○医師・助産師・医療機関が記入した箇所を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容の記入と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

【証明・添付書類について】

	直接支払制度を利用した場合	直接支払制度を利用しなかった場合
直接支払制度に関する合意書 (写)	不要	必要
出産費用の領収書または明細書 (写) ※産科医療補償制度加入医療機関印が押印されているもの (制度に加入していない医療機関の場合は印なし)	不要	必要
医師・助産師の証明 又は 母子手帳の出生届出済証明 (写)	不要	必要

※ 直接支払制度を利用した場合、付加金等の支給は医療機関から当健康保険組合への請求後(出産月の2~3ヶ月後)になります。

※ 被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

健保使用欄

常務理事	検印	係

支給決定日	令和 年 月 日	直接支払
支給決定額	円	
内訳	法定	円 / 円
	付加	円