

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	被保険者証 記号 番号	(フリガナ) 被保険者の 氏名と印			(印)
	被保険者の現住所	〒 — — TEL — —		被保険者の生年月日 S 年 月 日生 H	
	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 年 月 日生 平成	
	出産日および 出生児の氏名	出産日 令和 年 月 日		出生児の氏名	
	出産した場所	病院名 所在地			
	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 銀行	支店名 支店	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。
	備考				

※ 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 婦 又 は 市 区 町 村 長 の 証 明 欄 (い ず れ か の 証 明)	分娩年月日	令和 年 月 日	生産・死産 (妊娠 週)	単胎・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	
	住 所	医師・助産婦氏名		印
	出生届出日	令和 年 月 日	本籍	
	出生児氏名			
	出生年月日	令和 年 月 日	筆頭者名	
上記のとおり相違ないことを証明する。		令和 年 月 日		
市区町村名				印

【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・助産婦又は市区町村長の証明 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
	付加	円