りそな健康保険組合 御中

□ 本人	(被保険者)	出産育児一時金・同付加金請求書
□ 家族	(被扶養者)	山座月九一时金、川门加金丽水青

		記号			(フ	リガナ)							
	被保険者の 記号・番号	, DI			被保	険者氏名							
		番号				自署)							
			Ŧ	_	•					被	保険者の	生年月	日
被保险	被保険者の現住	三所			TEL	_	_		S H		年	月	日生
) 者	検上者事業所の名称記連絡先入		事業原	名					•				
記入			所属部 連絡		TEL	_	_		(内線)
する 欄	家族が出産した。その氏名・生年								昭和 平成		年	月	日生
INA	出産日		令和	年	月	田	備る	夸					
	直接支払制度 利用の有無	-	利用	した	利用	していない	· \	(どち	ららかる	を○で囲	目んでくれ	ごさい 。)
	(資格喪失後の場合)		銀行名		1	支店名		吉名 普		預金口	座番号		ブループの
	振込希望の銀行	「名			銀行			支店				銀行を指す。	旨定願いま

※ 直接支払制度を利用した場合、以下の証明は不要です。

	分娩年月日	令和	年	月	日				
医師	生産または死産の別 (いずれかにチェックしてください)			□生産	□ 死産	(妊娠	週		日)
助	出生児数 (いずれかにチェックし			□単胎	□ 多胎	(児)		
産師	上記のとおり相違ないこ	とを証明する。			ŕ		年	月	日
の証	医療機関所在地								
明欄	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
トコ町	付加				円	