

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	4010	(フリガナ)	リソナ タロウ	り そ な 太 郎
	被保険者証 番号	12345	被保険者の 氏名と印		
	被保険者の現住所	〒 123 - 4567 大阪市中央区備後町 2 - 2 - 1 TEL 06 - 1234 - 5678	被保険者の生年月日		S H 1 年 1 月 31 日生
	事業所の名称 連絡先	事業所名	りそな銀行		
		所属部署名 連絡先	大阪営業部 営業第5部 TEL 06 - 9999 - 9999 (内線: 9-051-9999)		
	家族が出産した場合 その氏名・生年月日	りそな 花子		昭和 平成 1 年 12 月 31 日生	
	出産日および 出生児の氏名	出産日	令和 1 年 7 月 31 日	出生児の氏名	りそな 一郎
	出産した場所	病院名	関西みらい病院		
		所在地	大阪市中央区城見 1 - 4 - 2 7		
	直接支払制度 利用の有無	<input checked="" type="radio"/> 利用した ・ <input type="radio"/> 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	被保険者資格の喪失後に請求される場合のみ、ご記入ください。			グループの 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	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		印
	出生届出日	令和 年 月 日	「直接支払制度」を利用した場合は、証明は不要です。	
	出生児氏名		筆頭者名	
	出生年月日	令和 年 月 日	筆頭者名	令和 年 月 日
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 / 円
	付加	円