2021 年　8 月　11 日

りそな健康保険組合　御中

☐ 本人（被保険者）
☑ 家族（被扶養者）

保険証、資格確認書、資格情報のお知らせ、マイナポータルでご確認ください

同付加金請求書

被保険者が記入する欄	被保険者の記号・番号	記号	4010	（フリガナ）リソナ　タロウ
		番号	12345	被保険者氏名（自署）りそな　太郎　自署
	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	令和 3 年 7 月 31 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　（どちらかを〇で囲んでください。）		
	（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。 銀行　支店		ループの定願います。

※ 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）	☐ 生産　☐ 死産（妊娠　週　日）
	（いずれかに	出生児数　　児）
	上記のとおり	年　月　日
	医療機関所在地	
	医療機関名称	
	医師・助産師氏名	

「直接支払制度」を利用した場合は、証明は不要です。

〇医師･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
	付加	円	