

被保険者
家族

出産育児一時金（付加金）請求書

日本レソランエンタプライズ健康保険組合

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の 記号と番号	記号 番号	②被保険者（請求者） の氏名と印		印			
	③被保険者（請求者） の住所	〒 _____ TEL _____						
	④被保険者の勤務 する（していた） 事業所の	名 称						
		所在地						
	⑤分べんした 年月日	平・令 年 月 日	⑥出生児 数	人	⑦死産のとき はその旨	(7)	(イ) 妊娠経過期間 力月 週	
	⑧入院して分べん した時は、その 病産院の	名 称						
		所在地						
	⑨被扶養者が分べんした ための請求であるとき はその者の	氏名			生年月日	昭・平 年 月 日		
	⑩出生児の氏名			⑪被保険者と 出生児の 続柄			⑫出生児が被保険者の 被扶養者であるか どうか	ある・ない
	⑬ 備考							

町 医 師 長 ・ 助 産 師 の 証 明 す る た は こ 市 区	⑭分べんした 年月日	平・令 年 月 日分べん	⑮生産または 死産の別	生産・死産 (妊娠 力月)	
	⑯出生児の数	単胎・多胎(児)	⑰備 考		
	⑱ うえのとおり相違ないことを証明する。			令和 年 月 日	
職名 ()			住 所	氏 名	印
			電 話		

⑲ 委 任 状	この保険給付の受領を下記の者に委任します。 令和 年 月 日				
	委任する者の氏名				印
	委任を受けた者の氏名				印

受付日付印

(注意事項)

- ア、この用紙で出産育児一時金を請求する際は、医療機関での支払時に発行された領収書を必ず添付の上、事業所に提出の事。
(領収書コピーの提出不可) 「直接支払制度」「受取代理制度」を利用した場合はこの用紙の提出は不要です。
- イ、標題の「被保険者」と「家族」の別および⑫、⑮、⑯欄は、それぞれ該当する文字を丸で囲んで下さい。
- ウ、②欄の請求者が被保険者でない場合は、被保険者の相続人であることが確認できる書類（戸籍謄本等）を添付して下さい。
その際、給付金の支払は銀行送金で行いますので、⑬欄へ銀行名、支店名、口座の種別、口座の名義を記入して下さい。
- エ、被保険者の資格喪失後6か月以内の分べんによる請求については、現在加入する健康保険組合で給付を受けない、または受けられない理由の記入が必要となります。別の書類が必要となりますので健康保険組合まで連絡してください。
- オ、家族の分べんで、かつ、被扶養者となって6か月を経過しない時の分べんであるときは、被扶養者となる前の健康保険の種類と組合名、被保険者証の記号番号を⑬欄へ記入して下さい。
- カ、⑮欄の「死産」の文字が丸で囲まれている場合は、妊娠何力月目の死産であるかを、かつこ内に書き入れてもらって下さい。
- キ、⑲欄の「委任する者」の印は、②欄の印と同じ印を押印して下さい。シャチハタ印は不可です。
- ク、⑲欄の「委任を受けた者」の印は事業所記入欄です。被保険者は記入しない事。
事業所において事前に給付金等の受領者として、健康保険組合へ届出をしている印と同じ印を押印して下さい。
- ケ、訂正箇所がある場合は、各記入者のわきに押した印と同じ印を訂正印として押印して下さい。