

(この請求書は、直接支払制度を利用しない方の請求書です。)

レngo健康保険組合 御中

常務理事	事務長	係	資格取得日	年	月	日
			資格喪失日	年	月	日
			扶養認定日	年	月	日
支給額	円					備考

被保険者
家族

出産育児一時金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	事業所名		被保険者記号・番号		被保険者の氏名	
			-			
	被保険者の住所					
	出産された方の 氏名・生年月日				昭・平 年 月 日生	
	出産 年月日	令和 年 月 日	生産・死産 / (人)	死産のときは妊娠月数	妊娠 ヶ月 週	
注意事項 被保険者だった方が、退職後6ヶ月以内に出産した場合、被保険者・被扶養者双方で受給要件を満たしていても、どちらか一方のみしか受給できません。						
委 任 状	レngo健康保険組合理事長殿 上記により支給される金額の受領を事業主に委任いたします。				年 月 日	
	被保険者 住所		氏名			

医 師 ・ 助 産 師 証 明 欄	分娩年月日	生産・死産の別	出生児の数
	令和 年 月 日	生産・死産 (妊娠 ヶ月)	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 医療施設名称・所在地 医師・助産師名		

*どちらか一方の証明で可

市 区 町 村 長 証 明 欄	本籍	筆頭者 氏名	
	出生届年月日	出生児氏名	出生年月日
	令和 年 月 日		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 市区町村長名			

添付書類

*上記どちらの証明もない場合は、下記の書類添付も可

「住民票」又は「出生届受理証明書」「出生届出済証明」(写し)・・・母子手帳の市区町村が証明する頁

下記の2種類は、必ず添付して下さい。

*領収明細書の写し・・・産科医療補償制度に加入する医療機関等で出産された方は、

「産科医療補償制度加入医療機関」のスタンプ印のあるものを添付して下さい。

*直接支払制度を利用していないことがわかる合意文書の写し