レンゴー健康保険組合　御中　　（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。）

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
	レンゴー㈱大阪本社	10　－　12345	健保　太郎
	被保険者の住所	大阪市北区梅田2－2－2	保険証　本人氏名欄上の記号番号
	出産された方の氏名・生年月日	健保　花子	S　H　55　年　11　月　1　日生
	出産年月日	令和　2年　10月　10日	生産・死産　／（　1　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	レンゴー健康保険組合理事長殿　　令和　2　年　11　月　2　日 上記により支給される金額の　　額を事業主に委任いたします。 被保険者　住所　大阪市北区梅田2－2－2 氏名　健保　太郎		

給付金の受取に必要な欄です。
忘れずに記入してください。

医師又は助産師証明欄	分娩年月日	生産・死産の別	出生児の数
	令和　2　年　10　月　10　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　2　年　10　月　20　日 医療施設名称・所在地　大阪市北区天神橋4－1－15　〇〇病院 医師・助産師名　〇〇		

＊どちらか一方の証明で可

どちらかで証明を受けてください。

市区町村長証明欄	本籍		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　㊞			

＊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 」