（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。）

レンゴー健康保険組合　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		被保険者等記号・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	
	レンゴー健康保険組合理事長殿　年　月　日 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。 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