

ルネサス健保使用欄

支給決定額	法定	円	決裁	常務理事	事務長	主任	担当			
	付加	円								
同年月日	令和	年	月	日	資格取得日	平成	令和	年	月	日
決済年月日	令和	年	月	日	資格喪失日	平成	令和	年	月	日
支払年月日	令和	年	月	日	扶養認定日	平成	令和	年	月	日

ルネサス健康保険組合御中 (送付先は、下記参照)

健康保険 被保険者 被扶養者 出産育児一時金請求書 (受取代理申請用)

提出日 令和 年 月 日

基本情報 <span style="color:red">枝番(-00)記入は不要です。</span>									
被保険者証の記号・番号(右詰め)								フリガナ	
記号			番号					被保険者氏名	生年月日
事業所名								連絡先	
社名				従業員番号		内線TEL		日中の連絡先電話番号	

申請内容												
対象者が被扶養者の場合はその氏名		フリガナ			続柄	生年月日	昭和	平成		年	月	日
出産予定日				出産予定児数				出産費貸付の有無				
平成 令和 年 月 日				単児		多胎(児)		有 無				
出産予定の	所在地											
分娩機関	名称		TEL									

委任状 [給付金は在籍事業所から給与支給となる為、下記へ記入ください。]  
 本請求に基づく給付金に関する受領を 令和 年 月 日 被保険者の氏名 に委任します。

退職者(予定者含む)は下記へ記入願います。任意継続被保険者・特例退職被保険者は登録口座へ振込ますので記入不要です。  
 退職日: 平成 令和 年 月 日 銀行 支店 普通・当座 口座NO 被保険者口座名義(カナ)

受取代理に関する欄  
 被保険者甲( )は、医療機関乙( )を代理人と定め、次の権限を委任する。  
 甲が請求する出産育児一時金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額(上限:出産育児一時金)の受療に際すること、  
 令和 年 月 日  
 甲(被保険者)住所 〒 氏名  
 乙(代理人)住所 〒 TEL  
 分娩機関名

の分 振 込 機 関 先 関	金融機関名	銀行・信用金庫		支店	普通 当座
	(金融機関コード)	(支店コード)			
	口座番号	口座名義	フリガナ		

<添付書類>  
 ・母子健康手帳(出産予定日と出産者氏名が確認できるページ)の写しまたは、出産予定日を証明する書類の写し  
 <注意事項>  
 この請求は、出産予定日まで2ヶ月以内の被保険者または被扶養者で、分娩機関が受取代理制度の対象機関であることが前提です。  
 ルネサス健保の被保険者であった方が資格喪失後6ヶ月以内に一時金を請求される場合には、「出産育児一時金不受理証明書」  
 (健保指定帳票K-035)にて加入されていた健保等の証明を受け添付してください。  
 ルネサス健保の被扶養者認定後6ヶ月以内に一時金を請求される場合は、「出産育児一時金不受理証明書」(健保指定帳票K-034)  
 にて加入されていた健保等の証明を受け添付してください。

<申請書の送付先>	
加入区分	送付先
一般被保険者	社会保険労務士法人なんの木事務所[〒101-0063東京都千代田区神田淡路町2-29] 社内便の場合:本/日立MPI(OC2)(人事)なんの木
任意継続・特例退職被保険者	ルネサス健康保険組合[〒187-8588 東京都小平市上水本町5-20-1]

ルネサス健保使用欄

健 保 使 用 欄	出産日	平成	年	月	日	インプット
	分娩費					円
	医療機関支給額					円
	被保険者支給額					円

事業所担当者印

健保インプット

健保受付日付印