＜注意＞
この請求は、出産された分娩機関が「直接支払制度」を導入しておらず受取代理申請（出産費用を健保から分娩機関に支払う制度）を利用できる場合の請求書です。受取代理申請ができるかどうかについては、事前に分娩機関に確認してください。

支払年月日　令和　年　月　日

健保使用欄です。記入しないでください。

ルネサス健康保険組合御中　（送付先は、下記参照）

記入例

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

提出日と委任日は同日にしてください。

被保険者情報　※枝番（-00）記入は不要です。

被保険者の記号・番号（右詰め）												日
記号	1	0	0	番号		2	3	4	5	6	7	

①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書のいずれかでご確認の上、正確にご記入ください。

社　名	従業員番号	日中の連絡先　電話番号
		080-1234-4567

任継(800)・特退(900)の方は記入不要です。

申請内容

対象者が被扶養者の場合はその氏名	フリガナ　レイワ　ハナコ 令和　花子	続柄	妻	生年月日	昭和 / 平成　51　年　1　月　3　日

出産予定日	出産予定児数	出産費貸付の有無
令和　2　年　5　月　5　日	単児　多胎（　　児）	有　無

出産予定の分娩機関	所在地	東京都千代田区大手町1-1-1
	名称	平成医院

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　　に委任します。
月　日
被保険者の氏名

委任者名は、事業所健保担当課で記入しますので記入は不要です。

委任状欄は一般被保険者（従業員）のみ記入ください。

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：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（ 令和　太郎 ）は、医療機関乙（ 平成医院 ）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）の受療に関すること。
令和　年　月　日

甲（被保険者）	住　所	〒100-1111　東京都千代田区○○1-2-3
	氏　名	令和　太郎
乙（代理人）	住　所	〒111-1111　東京都千代田区大手町1-2-3　TEL：03-111-1111
	分娩機関名	平成医院　院長　平成　一郎

被保険者の署名後、分娩機関に署名を依頼して下さい。

分娩機関の振込先

金融機関名	◎◎　銀行 / 信用金庫 （金融機関コード　1234　）	□　支店 （支店コード　567　）	普通　当座
口座番号	1234567	口座名義	フリガナ　ヘイセイ　イチロウ 平成　一郎

〈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＞
①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
②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。
③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。

分娩機関に記入を依頼してください 。

＜申請書の送付先＞

加入区分	送付先
一般被保険者　従業員	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MP(OC2)(人事ソ)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	令和　年　月　日	インプット
	被保険者支給額	円	

健保使用欄です。記入しないでください。

事業所担当者印	健保インプット	健保受付日付印