ルネサス健保使用欄

支給決定額			決裁	常務理事	事務長	主 任	担 当
	法定	円					
	付加	円					

何年月日	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	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

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)		被保険者氏名	フリガナ	生年月日	昭和 平成 年 月 日
記号	番号				

事業所	従業員番号(任継・特退は記入不要)	日中の連絡先 電話番号	連絡用メールアドレス
□REL □RSMC □任継・特退			

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
令和 年 月 日	単児 多胎(児)	有 無

出産予定の分娩機関	所在地	
	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。】

本請求に基く給付金に関する受領を 事業主 に委任します。

令和 年 月 日 被保険者の氏名

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( )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)の受療に関すること。

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

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)	支店 (支店コード)	普通 当座
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＞

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、分娩機関が受取代理制度の対象機関であることが前提です。

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。

＜申請書の送付先＞

加入区分	送付先
一般被保険者	ソーシャリンクス株式会社・ソシア社労士オフィス［〒105-0003 東京都港区西新橋1-18-6-11F］ 社内郵便:**本／ソシア社労士オフィス** ※社内郵便は到着まで数日～1週間程度かかります。お急ぎの場合は日本郵便をご利用ください。
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
	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