

健康保険 被保険者 出産育児一時金(付加金)請求書

直接支払制度利用あり

直接支払制度利用なし

↳ 内払金(差額)請求

↳ 付加金請求

該当する口に✓する

リクルート健康保険組合殿

| | | | | | | | |
|-------------------------|---------------------------------|----------|--------------------|----------|-----------------------|--|--|
| ◎必ず2枚目(裏面)の注意事項をお読みください | (1)被保険者証の記号・番号 | | (2)被保険者(請求者)の氏名と印 | | (3)生年月日 | | |
| | | | (印) | | 昭和 平成 年 月 日 | | |
| | 事業所の名称 (会社名) | | 所属部署 | | 電話 () | | |
| | (4)被保険者 (請求者)の住所 | | 〒 日中連絡が取れる電話番号 () | | | | |
| | 被扶養者である家族が分べんしたための請求であるときは、その者の | | (5)被扶養者氏名 | | (7) 分べん日から6ヶ月前の保険加入状況 | 該当箇所に○をしてください。 | |
| | | | (6)生年月日 | | | <input type="checkbox"/> A:リクルート健保の被扶養者 <input type="checkbox"/> B:リクルート健保の被保険者(記号・番号) | |
| | | | 昭和 年 月 日 | | | <input type="checkbox"/> C:他の健保等の被保険者 <input type="checkbox"/> D:国民健康保険(市区町村名: <input type="checkbox"/> E:その他() | |
| (8)分べん日 | | 平成 年 月 日 | (9)出生児数 | (10)死産児数 | (11)死産のときはその旨 | (妊娠 ヶ月) 週 | |
| (12) 出生児氏名 | | | (13) 続柄 | (14) 備考 | | | |

C 他健保等の被保険者だった方は「不支給証明書」が必要な場合があります。(注意事項9参照)

| | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|-----|-----------|--------------|----------------|
| ◆いずれかの証明↓直接支払制度利用あり(生産)は不要 | (15)分べんした年月日 | | 平成 年 月 日 | (16)生産又は死産の別 | 生産・死産(妊娠 ヶ月) 週 |
| | (17)出生児の数 | | 単胎・多胎(人) | (18)備考 | |
| | 上記のとおり相違ないことを証明する。平成 年 月 日 | | | | |
| (19) 医療機関の住所・名称 | | | | | |
| 医師・助産師名 | | (印) | | | |
| ◆証明するところ | (20)本籍 | | (21)筆頭者氏名 | | |
| | (22)出生届出日 | | (23)出生児氏名 | | (24)出生年月日 |
| | 平成 年 月 日 | | | | 平成 年 月 日 |
| | 上記のとおり相違ないことを証明する。平成 年 月 日 | | | | |
| (25) 市区町村長名 | | (印) | | | |

| | | | | | | |
|-----|------|------|------|--|----------|--|
| 振込先 | 銀行名 | | 支店名 | | 支店コード | |
| | 銀行 | | 店 | | | |
| 受取人 | 預金種目 | | 口座番号 | | 口座名義(カナ) | |
| | 1.普通 | | | | | |
| | | 2.当座 | | | | |

※振込先は、ゆうちょ銀行以外の金融機関をご記入ください。

| | | |
|--------------|-------------------------------------|--|
| ◎同一筆跡・同一印影不可 | 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。平成 年 月 日 | |
| | 被保険者の住所 〒 | |
| | (印) | |
| | 氏名 | |
| 代理人の住所 〒 | | |
| (印) | | |
| 氏名 | | |

受付日付印

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。

(注意事項)

1. 支給額は以下のとおりです。

| | | |
|--------------------|---|---|
| | A:平成26年12月31日までに産科医療補償制度加入医療機関等の医学的管理下での出産で、かつ在胎週数22週に達した日以降に出産した場合 | B:平成27年1月1日以降、産科医療補償制度加入医療機関等の医学的管理下での出産で、かつ在胎週数22週に達した日以降に出産した場合 |
| 被保険者本人で被保険者期間中での出産 | 480,000円(法定給付390,000+法定加算30,000+付加給付60,000) | 480,000円(法定給付404,000+法定加算16,000+付加給付60,000) |
| 被保険者本人で喪失後6ヶ月以内の出産 | 420,000円(法定給付390,000+法定加算30,000) | 420,000円(法定給付404,000+法定加算16,000) |
| 被扶養者である家族の出産 | 480,000円(法定給付390,000+法定加算30,000+付加給付60,000) | 480,000円(法定給付404,000+法定加算16,000+付加給付60,000) |

※産科医療補償制度対象外の出産の場合、または在胎週数22週に満たない出産の場合は、法定加算がありません。

2. 添付書類

- 医療機関が発行した「出産(分娩)費用の明細書((医療機関等が当組合に請求する専用請求書の内容と相違ない旨が記載されているもの、および産科医療補償制度加入機関で出産した場合は、制度加入機関での出産を証明するスタンプを押印したもの)」をA4サイズにコピーしたもの。
- 「直接支払制度を利用する」もしくは「直接支払制度を利用しない」旨が記入された医療機関等交付の合意文書をA4サイズにコピーしたもの。
- 下記9に該当する場合は、「不支給証明書」。
- 被保険者資格喪失後6ヶ月以内の請求で、現加入健保が「不支給証明書」を発行できない場合は、現在加入の「保険証」(写)
- 被保険者資格喪失後6ヶ月以内の請求で、リクルート健保の資格喪失日の前日(退職日)まで被保険者期間が継続して1年以上ない場合は、「以前加入していた他健保の加入期間が確認できる資格証明書」

3. 以下の場合、各欄に「該当せず」と記載してください。

- ・生産または早産.....(11)欄
- ・女子被保険者が分娩したための請求.....(5)(6)(7)欄

4. (1)から(14)までの訂正箇所には(2)の印と同じ印を押し、(15)から(19)までの訂正箇所には(19)と同じ印を押し、(20)から(25)までの訂正箇所には(25)と同じ印を押ししてください。

5. (14)欄は生産であったがまもなく死亡したときは「出生児は〇〇時間生存して死亡」等記載してください。このことは(18)欄にも記入してもらってください。

6. (16)欄の「死産」の文字が〇で囲まれている場合は、妊娠何ヶ月であったかをカッコ内に記入してもらってください。

7. 「医師・助産師が証明するところ」、「市区町村長が証明するところ」はどちらか一方に証明をもらってください。

8. 被保険者以外の口座を指定する場合は委任状に記入押印してください。(同一筆跡・同一印影は認められません)

◆以下は該当する方のみお読みください。

9. リクルート健康保険組合の被保険者資格喪失後6ヶ月以内に出産、又は、リクルート健康保険組合の被扶養者と認定された後6ヶ月以内に出産した方で、下記に当てはまる場合は、他健保等との重複請求を避けるため不支給証明書を提出してください。

【リクルート健保の被保険者資格喪失後6ヶ月以内に出産し、現在は他の保険に加入しているが、リクルート健保に出産育児一時金の請求をするケースで、医療機関等交付の合意文書の保険者名にリクルート健康保険組合の記載があるものを提出できない場合】※資格喪失後請求ができる方は、リクルート健保の資格喪失日の前日(退職日)まで被保険者期間が継続して1年以上ある方に限ります(リクルート健保以外の健保期間も含む。ただし、国民健康保険加入期間、共済組合加入期間、任意継続被保険者期間は除く。)

→現在加入している健康保険・共済組合・国民健康保険より下記様式による不支給証明書を作成してもらい、提出してください。この場合、下記様式内の記号番号、資格取得日等は現在加入している健康保険についてご記入ください。

【家族が以前被保険者(本人)として加入していた健康保険の資格喪失後6ヶ月以内に出産し、リクルート健保に家族出産育児一時金の請求をするケースで、医療機関等交付の合意文書の保険者名にリクルート健康保険組合の記載があるものを提出できない場合】

→以前加入していた健康保険・共済組合より下記様式による不支給証明書を作成してもらい、提出してください。ただし、以前加入していた保険が国民健康保険の場合は不支給証明書の提出は不要です。

リクルート健康保険組合 御中

出産育児一時金・家族出産育児一時金 不支給証明書

下記の者に対して出産育児一時金・家族出産育児一時金は支給していないこと、また、今後請求があっても支給しないことを証明いたします。

記

【請求者氏名・記号番号】 (記号 番号)

【分娩者氏名】

【分娩日】 平成 年 月 日

【分娩者資格取得日】 平成 年 月 日

【分娩者資格喪失日】 平成 年 月 日

平成 年 月 日

保険者 所在地

名称

TEL

印