

《 記入例は 2 枚目を参照 》

【1110】 出産育児一時金・付加金 請求書（受取代理用）

ポイント

- ・直接支払制度または事後請求を利用されない場合に分娩前（予定日の 2 か月前から受付できます）に請求をしてください。分娩後は受付できません。
- ・□の記入は、被保険者は「0」を、被扶養者は「1」を記入
- ・被保険者の資格喪失後 6 ヶ月以内の分娩とご家族の方が、JR 健保の被扶養者となった日から 6 ヶ月以内の分娩は、新旧加入の健保のどちらかに請求が可能です。
- ・提出先は、会社の事務担当となります。（被保険者の退職後および任意継続になられた方は、直接 JR 健保へ送付してください。）
※事業主を経由せず JR 健保に直送する場合、備考を読んで該当する箇所を二重抹線

記入内容

1 / 2

- (1)・(2) は、カード被保険者証の記号・番号を記入
- (3) は、分娩予定者の氏名を記入
- (4) 分娩予定者の生年月日を記入
- (5) 分娩予定日は、医療機関の証明欄と同じ日を記入
- (6) 予定胎児数を記入
- (7) 分娩予定者が JR 健保の資格喪失となった年月日を記入（資格喪失証明書の年月日）
- (8) 分娩予定者が JR 健保の資格取得となった年月日を記入（被保険者証の資格取得年月日）
- (9) ～ (20) までは医療機関へ記入を依頼してください。

- ・受取代理人の欄は、甲は被保険者、乙は医療機関それぞれの記入し、押印が必要です。
- ・請求書の提出日、勤務箇所（任意継続の方は未記入）、被保険者の氏名（被保険者が自署の場合は、押印は不要）、押印（ご家族や事務担当の方などが氏名を記入した場合は必要）

2 / 2

- ・調査欄は、該当する被保険者は必要事項を記入
※被保険者が JR 健保の資格喪失後 6 ヶ月以内に分娩する時
※家族（被扶養者）が JR 健保の被扶養者となった日から 6 ヶ月以内の分娩の時
- ・医療機関の証明欄は、医療機関で記入をしていただき、医師（助産師）の押印が必要

1 0 : 被 保 険 者 出 産 育 児 一 時 金 ・ 付 加 金
 1 : 家 族 請 求 書 (受 取 代 理 用)

1110

注1 太枠内に記入してください。光学処理を行いますので、枠からはみ出さないように丁寧に記入してください。
 注2 マス目への記入は、1つの枠に濁点も含めて1文字とし、左詰めとしてください。
 注3 マス目の右に凡例がある場合は、該当する数字を記入してください。

| | | | | |
|-----------------------|------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| 被 保 険 者 (甲) の 記 入 欄 | (1)被保険者証の記号 | (2)被保険者証の番号 | (3)分娩者氏名 | |
| | 0 0 0 0 | 0 0 0 0 0 0 0 0 | 健保 花子 | |
| | (4)分娩者生年月日 | (5)分娩予定日 | (6)胎児数 | |
| | 5 5:昭和 7:平成 9:令和 | 0 0 0 0 0 0 年 月 日 | 7 7:平成 9:令和 | 0 0 0 0 0 0 年 月 日 |
| (7)分娩者資格喪失日 | (8)分娩者資格取得日 | | | |
| | 7:平成 9:令和 | 7 7:平成 9:令和 | 0 0 0 0 0 0 年 月 日 | |

| | | | |
|-----------------------|--|-----------------------|-----------------|
| 医 療 機 関 (乙) の 記 入 欄 | (9)医療機関名(請求者名) | | |
| | 〇 〇 産 婦 人 科 医 院 | | |
| | (10)住所・電話番号 | | |
| | 〒 0 0 0 - 0 0 0 0 0 電話番号 000 - 0000 - 0000 | | |
| | 住所 〇 〇 県 〇 〇 市 〇 〇 町 〇 〇 〇 〇 | | |
| | (11)金融機関名 | (12)支店名 | (13)口座名義(通常表記) |
| 〇 〇 〇 〇 | 〇 〇 〇 | 〇 〇 産 婦 人 科 医 院 | |
| (14)金融機関コード | (15)支店コード | (16)口座名義(カタカナ表記) | |
| 〇 〇 〇 〇 | 〇 〇 〇 | 〇 〇 サ ン フ ジ ン カ イ イ ン | |
| (17)預金種目 | (18)口座番号 | (19)県コード | (20)医療機関コード |
| 1 1:普通 2:当座 | 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 | 〇 〇 | 0 0 0 0 0 0 〇 〇 |

| | | |
|----------------------|---|-------------------------|
| 受 取 代 理 人 の 欄 | 甲(健保太郎)は、医療機関等である乙(〇〇産婦人科 医院)を代理人と定め、次の権限を委任します。 | |
| | 甲が請求する出産育児一時金のうち、乙が甲に出産に関し請求する費用の額(法定給付額を上限とする)の受領に関すること。 | |
| | 令和元年 〇〇 月 〇〇 日 | |
| | 甲(被保険者) 住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇 | 乙(代理人) 住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇〇 |
| | 氏名 健保 太郎 (印) | 氏名 〇〇産婦人科 医院 (印) |
| 電話 000 (0000) 0000 | 電話 000 (0000) 0000 | |
| ※必ず押印 | | |

| | |
|-------------------------|---------------------|
| 上記のとおり、事業主を経由して請求いたします。 | 令和元年 〇〇 月 〇〇 日 |
| ジェイアールグループ健康保険組合理事長 殿 | 勤務箇所 〇 〇 駅 |
| * 被保険者が自ら記入する場合は押印は省略可 | 氏 名 健保 太郎 (印) (印) * |

事業所使用欄 箇所長 (印) 電話 000 - 0000 健保担当課 (印) 事業主整理番号 0000

備考 事業主を経由せず直接、健康保険組合に請求する場合は「上記のとおり、事業主を経由して請求いたします。」のように、「事業主を経由して」の部分有二重線で抹線して提出してください。その場合についても各証明欄に証明を受けてください。

出産育児一時金・付加金請求書(受取代理用)

調査及び医療機関の証明

調査欄(該当する被保険者は必ず記入してください。)

2/2

| | | | |
|---|-----------------------------|--|-----------------------------|
| 被保険者がJR健保の資格喪失後6ヶ月以内に分娩するとき、JR健保の資格喪失後に加入している健康保険についてご記入ください。 | | 家族(被扶養者)がJR健保の被扶養者となった日から6ヶ月以内の分娩のとき、以前加入していた健康保険についてご記入ください。 ※注欄参照 | |
| 保険者名称 保険者の電話番号 (電話番号) | 健康保険組合 社会保険事務所 国民健康保険 | 保険者名称 保険者の電話番号 (電話番号000-0000-0000) | 健康保険組合 社会保険事務所 国民健康保険 |
| 被保険者証の 記号・番号 | — | 被保険者証の 記号・番号 | 000-0000 |
| 加入日 (認定日) | 年 月 日 | 加入期間 | 00年00月00日 ~ 00年00月00日 |
| 家族として加入しているとき 世帯主の氏名(続柄) | () | 家族として加入しているとき 世帯主の氏名(続柄) | 国保 一郎 (父) |
| この出産について現在加入 している健康保険への請求 | する・しない | この出産について以前加入 していた健康保険への請求 | する・しない |

注1 JR健保から、調査欄に記入の保険者等に対して問合せする場合があります。

注2 6ヶ月以内に2つ以上の健康保険に加入した場合は、6ヶ月以内に加入した全ての健康保険について記入してください。
記入欄が不足のときは下部余白に記入しても結構です。

医療機関の証明欄

| | | | |
|--|-----------------|-----------------|----------------------------------|
| 分娩者氏名 | 健保 花子 | 分娩者生年月日 | 昭和00 年 00 月 00 日 |
| 分娩予定日 | 令和元 年 00 月 00 日 | 単胎() ・ 多胎() 児 | |
| 上記のとおり相違ないことを証明する。 | | 所在地 | 令和元 年 00 月 00 日 00県00市00区0000 |
| <input type="checkbox"/> 産科医療補償制度に加入している。 <input type="checkbox"/> 産科医療補償制度に加入していない。 (必ずどちらかに√を入れてください。) | | 名称 | 00産婦人科医院 |
| | | 医師(助産師)氏名 | 00 00 (印) |
| | | 電話 | 000-0000-0000 |

※ 記入の必要がない場合でも必ず二枚を一組として提出してください。