

0 : 被 保 険 者
 1 : 家 族

出産育児一時金・付加金請求書

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。

注4 口欄のある箇所では、該当する答えにチェックマークをしてください。

(1)被保険者証の記号	(2)被保険者証の番号	(3)分娩者氏名
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(4)分娩者生年月日	(5)分娩者資格取得日	(6)分娩者資格喪失日
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5:昭和 7:平成 9:令和	7:平成 9:令和	7:平成 9:令和
(7)分娩日	(8)出生児名	(9)出生児続柄 (10)出生児数 (11)死産
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> 人 <input type="text"/> 人
7:平成 9:令和		※記入例「長男」(漢字)
(12)分娩機関(病院、診療所又は助産所)が「産科医療補償制度」に加入していますか・・・ <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		

調 査 欄	<input type="checkbox"/> A・・・家族がジェイアールグループ健保の被扶養者となった日から6ヶ月以内の分娩	
	<input type="checkbox"/> B・・・ジェイアールグループ健保の資格喪失後6ヶ月以内の被保険者の分娩	
	Aの方は以前加入の、Bの方は	<input type="checkbox"/> 健保組合() <input type="checkbox"/> 国民健康保険()
	現在加入の保険者名	<input type="checkbox"/> 共済組合() <input type="checkbox"/> その他()
	電話番号	
	加入期間 年 月 日 ~ 年 月 日(年間)	
保険証記号番号 記号: 番号:		
家族として加入していたとき 世帯主の氏名: 世帯主との続柄:		

上記のとおり、事業主を経由して請求いたします。 年 月 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 _____

氏 名 _____ (印) *

* 被保険者が自ら記入する場合は押印は省略可

医 療 機 関 の 証 明 欄	分娩年月日	年 月 日	単胎・多胎(児)	生産・死産(妊娠 週)
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日			
	所在地 _____			
	名 称 _____			
	医師(助産師)氏名 _____ (印)			
電 話 _____				

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

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」の部分に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。