



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
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	(4)分娩者生年月日	(5)分娩予定日	(6)胎児数
	<input type="text"/> 5:昭和 7:平成 9:令和	<input type="text"/> 7:平成 9:令和	<input type="text"/>
(7)分娩者資格喪失日	(8)分娩者資格取得日		
<input type="text"/> 7:平成 9:令和	<input type="text"/> 7:平成 9:令和		

医 療 機 関 乙 の 記 入 欄	(9)医療機関名(請求者名)		
	<input type="text"/>		
	(10)住所・電話番号		
	<input type="text"/>		
	(11)金融機関名	(12)支店名	(13)口座名義(通常表記)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	(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)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
(17)預金種目	(18)口座番号	(19)県コード	(20)医療機関コード
<input type="text"/> 1:普通 2:当座	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

受 取 代 理 人 の 欄	甲()は、医療機関等である乙()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)の受領に関する事。
	年 月 日
	甲(被保険者) 住所 乙(代理人) 住所 氏名 氏名 電話 () 電話 ()

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 _____

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

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)	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	—
加入日 (認定日)	年 月 日	加入期間	年 月 日 ~ 年 月 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)	()
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		分娩者生年月日	年 月 日
分娩予定日	年 月 日	単胎 ・ 多胎(児)	
上記のとおり相違ないことを証明する。		年 月 日	
所在地		_____	
名 称		_____	
医師(助産師)氏名		_____	
電 話		_____	
<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。)			

※ 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。