

【1107】 出産育児一時金 請求書

ポイント

※「直接支払制度」を利用する場合、医療機関等との合意（簡単な書類手続き）をしていれば、請求は不要です。

- ・「直接支払制度」の合意文書の写しおよび産科医療補償制度加入のスタンプが押された領収書等の書面の写しが添付書類で必要です。
- ・「直接支払制度」または「受取代理制度」を利用されない（できない）場合は、分娩後に全額を支払った後に請求をしてください。
- ・□の記入は、被保険者は「0」を、被扶養者は「1」を記入
- ・出生児（死産）数1人に対して請求書が必要（双子の場合は2組必要）
- ・妊娠4ヶ月（85日以上）の胎児の娩出で、死産、早産、人工妊娠中絶も含まれます。
- ・被保険者期間が継続して1年以上であった者が、資格喪失日後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、新旧加入の健康保険組合のどちらかに請求が可能です。
- ・提出先は、会社の事務担当箇所経由で健保事務センターに提出してください。（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。）

記入内容

- (1)・(2) は、カード被保険者証の記号・番号を記入
 - (3) 分娩をされた方の氏名を記入
 - (4) 分娩者の生年月日を記入
 - (5) 分娩者が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）
 - (6) 分娩者がJR健保の資格喪失となった場合は年月日を記入（資格喪失証明書の年月日）
 - (7) 分娩日の年月日を記入（医療機関の証明欄の分娩年月日を確認）
 - (8) 出生児数は、今回の出産における人数を記入（**死産等の場合は空欄可**）
 - (9) 死産は、今回の出産における死産の人数を記入
 - (10) 「産科医療補償制度」の対象分娩である方は□にレを記入
- ・調査欄
 - A：家族がJR健保の被扶養者となった日から6ヶ月以内の分娩の場合は、以前加入をさ
れていた内容を記入
 - B：被保険者がJR健保の資格喪失後6ヶ月以内の分娩の場合は、現在加入の内容を記入
 - ・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
 - ・医療機関証明欄は、医療機関で記入を依頼してください。

1107

0:被保険者

1

1:家族

出産育児一時金請求書

令和5年4月改訂版

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
0000	00000000	健保 花子
(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
7 00000000	1 00000000	
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)出生児数	(9)死産
9 00000000	1 人	人
7:平成 9:令和		
(10)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 checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		

調 査 欄	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 健保組合(〇〇健康保険組合) <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 000-000-0000
	加入期間 平成00年00月00日 ~ 00年00月00日(00年間)
保険証記号番号 記号: 0000 番号: 000000	
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。 令和 年 00 月 00 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

氏名 健保 太郎

* 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。			令和 年 00 月 00 日
	所在地			〇〇県〇〇市〇〇区〇〇〇〇
	名称			〇〇医院
医師(助産師)氏名			〇〇 〇〇	
電話			000-0000-0000	

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