

※ 支給・支払決議書	伺年月日	年	月	日
	決裁年月日	年	月	日
	支払年月日	年	月	日
	支給額	¥		円
	支給内訳	出産育児一時金		
		出産育児付加金	36,000円	

常務理事	事務長	担当者	
資格取得年月日	年	月	日
資格喪失年月日	年	月	日
不支給理由			

被保険者
家族

出産育児一時金等内払金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	ジャックス健康保険組合理事長 殿				〒
	下記の通り請求します。				住所
	年 月 日				被保険者の 氏名
	1.被保険者証の	記号	番号		2.(事業所の名称) 現在勤務する部店名
	3.被保険者の氏名				4.被保険者の生年月日
	5.家族の分娩であるときはその氏名				昭和 平成 年 月 日
	6.当該家族の生年月日				昭和 平成 年 月 日
	7.分娩年月日	年 月 日			
	8.分娩した場所	医療施設等の名称			
		医療施設等の所在地			
	9.出生児の氏名				10.出生児が死亡の場合 はその旨
	11.出生児が被扶養者かどうか	被扶養者である・ない			12.出生児が被扶養者でないときはその理由
	13.他の医療保険からの給付を受けたか	受けた・受けない			14.医療保険名と 受けた金額
	15.資格喪失後分娩で家族の被扶養者になっている場合は家族の	被保険者証の記号番号			号
	16.家族が分娩前6ヶ月以内に被保険者であった場合は以前の	及び 保険者名又は勤務先名			号
	17.振込先銀行 (被保険者名義)	銀行	普通 支店 当座	フリガナ 口座番号	口座名義
	請求額	出産育児一時金差額			円
出産育児一時金付加金		36,000円			
備考	(個人番号を記載したい方は備考欄に記載できます)				

ご記入に際して

1. 被保険者への注意事項

- 標題の「被保険者」と「家族」の別及び11.13.欄はそれぞれ該当する文字を○で囲んで下さい。
- 分娩した場所が、自宅等の場合にも、8.欄にその旨記入して下さい。
- 出生児が複数の時は、9.欄にそれぞれの出生児の名前を記入して下さい。
- 他の医療保険から既に出産育児一時金を受けているときは、13.14.欄に記載して下さい。
- 15.16.欄は被保険者期間が継続して一年以上あり、資格喪失後6ヶ月以内の分娩で、家族の被扶養者になっている場合は、被保険者出産育児一時金あるいは家族出産一時金のどちらかの選択となりますので、右欄に従前の被保険者証の記号番号と保険者名又は勤務先名を必ず記入して下さい。

ハ.付加給付36,000円または出産育児一時金と出産費用の差額を請求する場合は、**出産費用明細書の写しを添付**して下さい。

※ 文字を訂正する際は、誤った文字を抹消して押印のうえ、上段に正しい文字を記入して下さい。

この請求書は、出産育児一時金の直接支払制度を利用の方が付加給付および出産育児一時金と出産費用の差額を請求するためのものです。直接支払制度を利用しない場合は通常の「出産育児一時金(付加金)請求書をご利用ください。

【 健保組合使用欄 】

出産育児一時金請求確認			
	支払基金	年 月	円
	未請求		