

※	伺年月日	平成	年	月	日
支給・支払決議書	決裁年月日	平成	年	月	日
	支払年月日	平成	年	月	日
	支給額	¥ 円			
	支給内訳	出産育児一時金	420,000円		
			390,000円		
		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（付加金）請求書**

ジャックス健康保険組合理事長 殿 〒150-0013 東京都渋谷区恵比寿4-1-00

下記の通り請求します。 住所 東京都渋谷区恵比寿4-1-00
 平成24年10月1日 被保険者の氏名 健保 花子 ㊞

1.被保険者証の記号	〇〇	番号	〇〇〇〇	2.(事業所の名称) 現在勤務する部店名	〇〇 支店
3.被保険者の氏名	健保 花子			4.被保険者の生年月日	昭和〇〇年〇月〇日
5.家族の分娩であるときはその氏名				6.当該家族の生年月日	昭和 年 月 日
7.分娩年月日	平成〇〇年〇月〇日				
8.分娩した場所	医療施設等の名称	〇〇 病院			
	医療施設等の所在地	東京都渋谷区恵比寿〇-〇-〇〇			
9.出生児の氏名	健保 さくら			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	夫の扶養のため
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	円
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	保険者名又は勤務先名			号	
17.振込先銀行 (被保険者名義)	〇〇銀行	〇〇支店	普通 口座番号 0000000	フリガナ 口座名義	ケンボ ハコ 健保 花子

村医 長師が・ 証助 明産 す師 る又 はこ ろ市 町	18.分娩年月日	平成	年	月	日	19.生産・死産の別	生産・死産
	20.出生児の数	単胎・多胎(児)			21.妊娠期間	妊娠 ヶ月又は第 週	
	上記の通り相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 ㊞						
	出生届出日	平成	年	月	日	出生児氏名	戸籍筆頭者
	出生年月日	平成	年	月	日	上記の通り相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 市区町村長名 ㊞	

- ご記入に際して
- 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。
 - 産科医療補償制度加入の医療機関で出産した場合**は、同制度に加入していることを証明するスタンプが押された領収書の写しを添付して下さい。
 - 21.欄に医師等の記入がない場合および市区町村長の証明を受けた場合は、母子手帳の表紙と妊娠規則がわかるページの写しを添付して下さい。
 - 医師、助産師の方への記入上のお願ひ。**
 - 19.および20.欄には該当する文字を○で囲み、21.欄には妊娠・ヶ月又は第・週であったかを記入して下さい。