

被保険者(本人) 出産育児一時金請求書

被扶養者(家族)

受付印

ジェイテクト健康保険組合 理事長 殿

本件で取得された個人情報については、貴健保組合の個人情報保護方針に基づき利用されることに同意の上、申請いたします。

保険証の記号・番号		-		被保険者氏名				
事業所		名称	所 属		(工場・支社) (部署名)			
出産者氏名		続柄		出産者の生年月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	年	月	
生産・死産の別		<input type="checkbox"/> 生産 (人) <input type="checkbox"/> 死産 (人)		出生した年月日	<input type="checkbox"/> 令	年	月	
産科医療補償制度の登録を行い、かつ妊娠22週以降の出産ですか				他制度から給付を受けていますか				
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				<input type="checkbox"/> 受けています <input type="checkbox"/> 受けていません				
<下記に該当する場合の記入欄>(他健保発行の出産育児一時金不支給証明書の添付があれば記入不要) 出産者が被保険者で、ジェイテクト健保の資格喪失後、6ヵ月以内に出産した場合・・・出産者(被保険者)の出産時の健保組合について記入 出産者が被扶養者で、ジェイテクト健保の資格取得後、6ヵ月以内に出産した場合・・・出産者(被扶養者)の以前加入していた健保組合について記入								
被 保 険 者 記 入 欄	健保組合名		<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共 済 組 合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 () 支部		加入状況	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者		
					保険証の記号・番号	-		
					健保組合の電話番号	() ()		
	勤務先名				勤務先の電話番号	() ()		
上記のとおり請求します。 ただし給付金の受領を下記事業主に委任します。 令和 年 月 日				資 格 喪 失 (予 定) 者 記 入 欄	◆ 資格喪失後の請求の場合は被保険者(請求者)に送金するため、被保険者(請求者)名義の振込銀行口座を必ずご記入ください。 ※ 被保険者死亡のため、相続人が請求者となる場合、被保険者との続柄が確認できる書類 (戸籍謄本、住民票等) が必要。(死亡時に相続人が健保の被扶養者であった場合は不要)			
住所 〒		-			(金融機関コード)	(店番コード)		
被保険者氏名(請求者氏名)		Ⓜ			(フリガナ)	(フリガナ)		
電話番号 ()					<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所		
					普通	口座番号(7桁)	フリガナ	
				※請求者名義の口座に限る				
→ い ず れ か 一 方 の 証 明 が 必 要 →	医師・助産師記入欄	出生年月日	令和 年 月 日	左記内容に相違ありません。 令和 年 月 日				
		生産・死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 (妊娠第 週) <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 ヵ月) <input type="checkbox"/> 多胎 (児)	住所(所在地) 医療機関名 医師・助産師名 Ⓜ 電話番号 ()				
	市区町村長証明欄	出生児氏名	出生年月日	令和 年 月 日	市区町村長名 Ⓜ			
		出生届出日	令和 年 月 日	以上の内容に相違ありません。				
●上記の医師・助産師、市区町村長の証明が受けられない場合は、母子健康手帳の「出生届出済証明」のページ(写)の添付でも可 ●海外出産の場合は、出生証明書(写)の添付でも可※出生証明(写)の翻訳も添付してください								
事業主証明欄	この請求内容が正しいことを証明します。委任を受けた給付金の受領は、貴健保組合との間で定められている所定の方法で受け取ります。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 Ⓜ							

<添付書類>(海外出産の場合は下記2点の添付書類は不要)

- ・ 直接支払制度合意文書の写し(非合意)
- ・ 出産費用の領収・明細書の写し(産科医療補償制度の加算対象分娩である場合は、それを証するスタンプの押印あり)