記入例

JSR健康保険組合（Y990）　御中

ご本人の出産は、上段にチェック
ご家族の出産は、下段にチェック

□出産育児一時金・同付加金請求書（受取代理用）
☑家族出産育児一時金請求書（受取代理用）

①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書　のいずれかでご確認ください。

係	事務長	常務理事
押　印	不	要

※訂正したときは、必ず二重線で抹消のうえ訂正印を押印して下さい。

申請年月日	令和 ** 年 ** 月 ** 日

任意継続の方は「任意継続」と記入下さい

ご家族の出産の場合のみ記入して下さい

下記①参照

下記②参照

被保険者名義の口座を記入して下さい

被保険者記入欄（甲）

被保険者等記号・番号	記号	＊＊	番号	＊＊＊	被保険者氏名 生年月日	健保　太郎 [✓ 昭和]・平成・令和　年　月　日		
被保険者の現住所	〒 *** － **** 三重県四日市市〇〇町＊＊＊＊ TEL　*** （***）****							
出産予定日 胎児数	令和＊＊年＊＊月＊＊日 ☑単胎 ・ □多胎 （ ＊ 児）				事業所の名称	〇〇〇㈱ 所属テレNo.：Y**** （A**）		
入院する医療機関の	名称	△△レディースクリニック			所在地	〒 *** － **** 三重県鈴鹿市〇〇町＊＊＊＊		
被扶養者の出産のときその者の	氏名	健保　花子		続柄	妻	被扶養者生年月日	□昭和 □平成　** 年 ** 月 ** 日 □令和	
（被保険者の出産を申請する場合） 退職後6ヶ月以内の出産ですか？	□はい（出産後不支給証明書提出） ※任意継続喪失後6ヶ月以内も含む □いいえ				（家族の出産を申請する場合） 前職を退職後6ヶ月以内の出産ですか？	□はい（出産後不支給証明書提出） ※前職に任意継続被保険者期間も含む ☑いいえ		
被保険者に対する支払金融機関 **（被保険者名義）**	金融機関名					支店名		
	〇〇		☑銀行　□労金 □信金　□農協			××　□本店　☑支店 □出張所		
	金融機関コード	店番コード	種目	口座番号（右ヅメ）		口座名義（カタカナで記入）		
	＊＊＊＊	＊＊＊	☑普通 □当座	＊＊＊＊＊＊＊		ケンポ　タロウ		

受取代理人の欄（乙）

甲は医療機関である乙を代理人と定め、次の権限を委任する。また、甲は出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度は利用しない。

甲が請求する出産育児一時金のうち、乙が甲に対し　と。

※出産育児一時金等の支給額（保険者が出産育児一時金等に　る。

出産される方が家族の場合でも、被保険者（ご本人）の住所と氏名を記入して下さい

令和＊＊年＊＊月＊＊日

医療機関に代理人欄を記入してもらった日

甲（被保険者）の　住所　三重県四日市市〇〇町＊＊＊＊

氏名　健保　太郎　健保㊞

押印を忘れずに

乙（代理人）の　住所

氏名　㊞

医療機関で記入してもらって下さい

医療機関に対する支払金融機関	金融機関名		支店名	
	銀行　□労金 □信金　□農協		□本店　□支店 □出張所	
	種目	口座番号	口座名義（必ず「カナ」も記入して下さい）	
	□普通 □当座		カナ 漢字	

1. 出産育児一時金請求書（事前申請）は、**出産予定日まで2ヶ月以内**となってから受け付けます。
2. 本人が退職後6ヶ月以内に出産した場合又は家族が前職を退職後6ヶ月以内に出産した場合は、重複受給を避けるため、他健保から給付を受けていないことの**「不支給証明書」**が必要となりますので、**出産後**、証明を受けて提出して下さい。
3. 海外の医療機関等で出産される場合は、受取代理の対象外です。
4. 被保険者（社員）の資格喪失後の出産および被扶養者（家族）の出産には、付加給付はありません。

・被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

備考欄	

---

① 被保険者（社員）の出産を申請する場合のみ、いずれかにチェックして下さい。
※ご本人が、退職後6ヶ月以内に出産した場合は、出産後、喪失後に加入（出産時に加入）している健保組合等から「出産育児一時金不支給証明」を受けて、提出して下さい。

② 被扶養者（家族）の出産を申請する場合のみ、いずれかにチェックして下さい。
※ご家族が前職を退職後6ヶ月以内に出産した場合は、出産後、前職で加入していた健保組合等から「出産育児一時金不支給証明」を受けて、提出して下さい。

＜不支給証明を受けるところ＞
証明を受けるのは、健康保険を管轄している事務局（健康保険組合や社会保険事務局等）です。
勤務先ではありませんので、ご注意下さい。

（R7.12）

記入例

●被保険者（ご本人）の資格喪失後6ヶ月以内の出産
⇒喪失後（出産時）加入の健康保険の内容を記入して下さい。

●被扶養者（ご家族）の前職退職後6ヶ月以内の出産
⇒前職で加入していた健康保険の内容を記入して下さい。

JSR健康保険組合　御中

出産育児一時金・家族出産育児一時金不支給証

（健康保険組合等保険者証明）

下記の者に対しての出産育児一時金・家族出産育児一時金の給付状況は以下のとお す。

被保険者等記号・番号	記号　＊＊＊	番号　＊＊＊＊＊
被保険者氏名	健保　＊＊	
出産者氏名（続柄）	健保　花子	（続柄　＊＊　）
出産者加入期間	資格取得日	☑昭和 □平成 □令和　＊＊　年　＊＊　月　＊＊　日
	資格喪失日	□昭和 □平成 ☑令和　＊＊　年　＊＊　月　＊＊　日 ※喪失の場合のみ
出産年月日	□昭和 □平成 ☑令和　＊＊　年　＊＊　月　＊＊　日	
出生児氏名	健保　一郎	

※請求資格の有無についていずれかにチェックをお願いします。

□ **請求資格あり**

出産育児一時金・家族出産育児一時金は支給していないこと、また今後請求があっても支給しないことを証明します。

□ **請求資格なし**

下記の理由により出産育児一時金・家族出産育児一時金の請求資格がないことを証明します。
（該当の理由番号に○をお願いします）

1. 被保険者期間1年未満のため
2. 出産者が被扶養者であったため喪失後の給付がない
3. 喪失後の給付がないため
4. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

健康保険組合等の保険者記入欄

令和　　年　　月　　日

保険者
所在地
名称　　　　　　　　　　　　　　　　㊞
電話
担当者

被保険者（本人）の出産で資格喪失後、JSR健保の被扶養者に認定された方、または被扶養者（家族）の出産で前職加入の健保がJSR健保の被保険者である方は、証明者がJSR健保となりますので、上段部分のみ記入して、提出して下さい。