事業主経由 → JSR健康保険組合(Y990) 御中

係	事務長	常務理事

直接支払制度・受取代理制度を利用せず、出産したとき

□出産育児一時金請求書 □出産育児一時金付加金請求書 □家族出産育児一時金請求書

※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。

請求年月日	令和　年　月　日

被保険者記入欄

被保険者等記号・番号	記号		番号		被保険者氏名		
被保険者の現住所	〒　－ TEL　（　）				事業所の名称		所属テレNo.:
被扶養者が出産したときその者の	氏名		続柄		被扶養者生年月日	□昭和 □平成 □令和　年　月　日	
出産の状況	出産年月日	令和　年　月　日			出生児数	人	死産・流産児数　人
	死産・流産のときはその旨を記載	妊娠　ヶ月（　週）で　死産 ・ 流産					
出生児の氏名	（多胎出産の場合は氏名等を併記　※死産児は記入不要）				出産した医療機関名		

振込希望口座（被保険者名義）（日本国内口座）	金融機関名		支店名	
	□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		

医師・助産師又は市区町村長どちらかの証明欄

医師・助産師の証明欄

出産年月日	令和　年　月　日	生産死産の別	□生産・□死産（妊娠　ヶ月・　週）
		出生児の数	□単胎 ・ □多胎（　児）

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　年　月　日　医療機関の名称・所在地

医師・助産師名

市区町村長の証明欄

本籍		筆頭者氏名			
出生届出日	令和　年　月　日	出生児氏名	（多胎出産の場合は氏名を併記）	出生年月日	令和　年　月　日

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　年　月　日

市　区　町　村　長　名　　㊞

＜添付書類＞

●医療機関等から交付される出産費用の「領収明細書」の写し(産科医療補償制度加入分娩機関で出産した場合は所定の印が押されたもの)

●医療機関等から交付される代理契約に係る「合意文書」の写し

※海外で出産された場合は、上記添付書類は不要です。請求書内に出産証明を受けることができない場合は、出産したことがわかる書類の写しを添付して下さい。外国語で書かれている書類は、日本語の翻訳文も併せて提出して下さい。

＜注意事項＞

1. 多胎出産の場合でも、1枚で請求して下さい。(出生児の氏名、性別、続柄を併記して下さい)
2. 医師・助産師又は市区町村長の証明を受けて、事業所給与厚生担当課経由で、喪失後給付受給者および任意継続被保険者の方は、健保組合へ提出して下さい。

〒510-8552　三重県四日市市川尻町100　JSR健康保険組合　給付担当

・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。）

健保受付日付印

◎健保処理欄

備考欄

出産年月日	令和　年　月　日	対象児数		喪失	□該当
(法定)	,000 円	(付加)	00,000 円	(合計)	,000 円

(R7.12)