JSR健康保険組合（Y990）　御中

係	事務長	常務理事

□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）

※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

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	昭和・平成・令和　　年　　月　　日
被保険者の現住所	〒　　－ 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	所属テレNo.:	
入院する医療機関の	名称		所在地	〒　　－	
被扶養者の出産のときその者の	氏名		続柄		被扶養者生年月日	□昭和 □平成 □令和　　年　　月　　日
（本人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	
	□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		

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、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額※の受領に関すること。
※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関わる付加給付を行う場合には、付加相当額を含む）を上限とする。

令和　　年　　月　　日

甲（被保険者）の　住所

氏名　　㊞

乙（代理人）の　住所

氏名　　㊞

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

＜注意事項＞

1. 出産育児一時金請求書（受取代理）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	

◎健保処理欄

出産年月日	令和　　年　　月　　日		対象児数		喪失後	□該当
出産費請求額	円		受付連絡	令和　　年　　月　　日		
支給内訳	医療機関	法定:　　円	付加:　　円	合計:　　円		
	被保険者	法定:　　円	付加:　　円	合計:　　円		
	合計	円	円			

健保受付日付印

（R6.12）

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明書

（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りです。

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

※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。
（該当の理由番号に〇をお願いします）

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. 喪失後の給付はないため
4. その他（　　）

令和　　年　　月　　日

保険者
所在地
名称　　㊞
電話
担当者

（R6.12）