

事業主経由(給与厚生担当課) → JSR健康保険組合 御中

係	事務長	常務理事

直接支払制度を利用し、出産費用が出産育児一時金を下回った又は女性被保険者(本人)が出産した場合

- 出産育児一時金付加金請求書 兼 差額請求書
- 家族出産育児一時金差額請求書

(出産育児一時金等内払金支払依頼書)

※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	被保険者証の記号番号	記号	番号	被保険者氏名				⑨
	被保険者の生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年	月	日	事業所の名称	所属No.:
	被保険者の現住所	〒 -				電話番号		
	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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
	出産年月日	令和 年 月 日		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)				性別	続柄	(例:長男・長女等)
	振込希望口座 (被保険者名義)	金融機関名			支店名			
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 労金 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 農協			<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 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)		
			<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座					

<注意事項>

- 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)
- 出産後、医療機関等と交わした直接支払制度の「合意文書」の写しと費用の内訳が記載された「領収明細書」の写しを添付してください。
- 上記2.の書類が添付できない場合は、医療機関等から健保へ請求が届いてからの支給となりますので、出産後、3ヶ月以降に支給させていただきます。
- 書類は事業所給与厚生担当課経由ですが、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

・被保険者証の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	出産費差額支給額	
出生児の数	喪失後 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/>	円	
出産費総額		被保険者付加金	
円		円	

健保受付日付印