

健		保		使		用		欄	
支払 決定日		,000 円 -		決 定 証 印					
		実額	円	常務理事	事務長	MGR	担当者	CPU	
単 ・ 多	児	差額	円						
		付加金	円						
本人 ・ 家族		合計	円						

被保険者 出産育児一時金(差額分) 支給請求書(直接支払制度利用者分)  
 被扶養者 出産育児一時金 付加金

**※ 本通の提出が必要です(FAXやメール提出不可)**

- 【添付書類】(1) 下記全てを満たす出産費用明細書(又は出産費用の領収書等)のコピー
- ① 出産(分娩)費用の総額の記載がある
  - ② 医療機関が出産育児一時金の代理受領した金額の分かる記載がある
  - ③ 領収書の場合は領収印が押されていること(出産費用明細書等の場合は領収印不要)
  - ④ 産科医療補償制度加入機関印が押されていること
- ★①～④の全てを満たし複数枚になる場合は、その全てのコピーを添付してください。
- (2) 医療機関との直接支払制度を利用する旨(該当)の同意書のコピー
- (3) 生産でない場合には、上記に加え、胎在週数の記載がある証明書(医療機関の記載した書類のコピー)
- (4) 退職後6ヶ月以内の出産については、出産時に加入している健康保険証のコピー
- ★他の健康保険等から給付を受けるときは、この請求はできません

保険証	記号		事業所 及 び 個所名	TEL	-	-
	番号			TEL	-	-
被保険者氏名			被保険者 住所 〒	TEL	-	-
被保険者が 分娩したとき ※保険証を確認 して該当に記入	資格取得	年 月 日	資格喪失 (退職日の翌日)	年 月 日		
	任意継続 資格取得	年 月 日	任意継続 資格喪失	年 月 日		
分娩した者の 氏名		分娩した者の 生年月日	昭和 平成	年 月 日		
出生児の氏名		分娩の年月日	平成 令和	年 月 日		
生産・死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 週 日)	※生産でない場合は、在胎週数の分かる書類のコピーを添付(必須)				
※振込先の銀行は被保険者(請求者)名義のものを記入						
振込先金融機関		銀行・信金 信組・農協		支店名	※ゆうちょ銀行の支店名は数字3ケタ 支店・本店 営業部	
口座種別	普通	口座番号		口座名義 (カナ)		

ジェイティービー健康保険組合

【送付先住所】

〒140-0002

東京都品川区東品川2-3-11, JTBビル4階

Tel: 03-5796-5903

受付日印

2022.01