

受付番号	支給額	出産育児一時金	決定証印					支払日
			常務理事	事務長	MGR	MGR	担当者	
支払決定日		出産育児付加金						
標準報酬月額		年 月	千円	配偶者資格取得月日		年 月 日		

被保険者 { 出産育児一時金
被扶養者 { 出産育児付加金

支給請求書 (直接支払制度非該当者分)

- 出産費用明細書及び領収書のコピーを添付してください。(産科医療補償制度加入機関での出産を証明するスタンプを押印したもの)
- 医療機関との直接支払制度を利用しない旨(非該当)の同意書(写し)を添付してください。
- 出産証明がない場合は、別に出生証明を添付してください。

*** 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	JTB内線				
	番号		TEL ()				
被保険者が分娩したとき	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		
生産又は死産に関する助産婦又は医師の証明及印	分娩年月日	平成 令和	年 月 日	生産・死産の別	生産・死産(妊娠 週 日)		
	上記のとおり相違ないことを証明します。						
	住所:〒 医師名: (印) TEL						
振込銀行名(名義は請求者のものを記入のこと)	銀行		普通・当座 No.	支店 口座名義 フリガナ			
1.資格喪失後、夫の扶養家族となったとき、または国民健康保険加入のときは、その被保険者証の(退職後6ヶ月以内に、被保険者本人として請求する場合)			健康保険組合名(又は共済組合等)	保険証の記号及び番号			
2.妻が被保険者であった場合には、その当時の被保険者証の(当健保の扶養家族になって、6ヶ月以内に配偶者として請求する場合)			連絡先TEL ()				
上記により 被保険者 { 出産育児一時金 被扶養者 { 出産育児付加金 を請求します。 令和 年 月 日 被保険者 住所 〒 フリガナ (旧姓) TEL: 氏名 (不在時連絡先:)							
ジェイティービー健康保険組合理事長殿							

交付日付印