

受付番号	出産育児一時金	決定証印	支払日
支払	<p>【注意点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・記入事項はすべて記入してください。空欄があると書類を受領できません。 ・記載方で不明な点などありましたら、提出前にご連絡ください。 ・健保組合から問い合わせすることがありますので、必ずつながる電話番号を記入してください。 		
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
被扶養者

出産育児一時金
出産育児付加金

支給請求書 (直接支払制度非該当者分)

- ・在職の場合・・・Aに資格取得日を記入してください。(保険証に記載あり)
- ・退職の場合・・・Bに退職日の翌日を記入してください。
- ・任意継続加入の場合・・・Cに資格取得日を記入してください。(保険証に記載あり)
- ・任意継続の喪失後の場合・・・Dに任意継続資格喪失日を記入してください。

保険証	記号 1 0 0 7	事業所 及び 個所名 (株)JTB ○○支店	TEL ()
	番号 4 5 6 7 8 9		JTB内線
被保険者が分娩したとき	資格取得 任意継続 資格取得	A 平成 28 年 4 月 1 日 C 年 月 日	資格喪失 (退職日の翌日) 任意継続 資格喪失
			B 年 月 日 D 年 月 日
分娩した者の氏名	健保 和恵	分娩した者の生年月日	昭和 5 年 6 月 14 日 平成
出生児の氏名	健保 愛	分娩の年月日	平成 1 年 7 月 23 日 令和
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 40 週 日)
	住所:〒 医師名:	TEL	
振込銀行名 (名義は請求者のものを記入のこと)	○○銀行 ○○○支店	普通 当座 No. 159759 口座名義 健保 和恵	
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	健康保険組合名 (又は共済組合等)	保険証の記号及び番号	
	被保険者の氏名・押印・住所・電話番号を必ず記入してください。		
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 1 年 8 月 10 日		
被保険者	住所〒140-0005 東京都品川区東品川 9-4-505	TEL 03-4900-7050	
フリガナ ケンボ カズエ	氏名 健保 和恵 (旧姓)	印 (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