

被保険者
家族

出産育児一時金(付加金)請求書

JR東海リテイリング・プラス健康保険組合

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	① 被保険者証 の記号と番号 第 号	② 被保険者 (請求者)の 氏名と印	③ 印		
	④ 被保険者 (請求者)の現住所	(〒)				
	⑤ 被保険者 の勤務する (していた) 事業所の	(ア) 名称				
		(イ) 所在地				
	⑥ 分娩した 年月日	令和 年 月 日	⑦ 出産児数	人	⑧ 死産のとき はその旨	
	⑨ 入院して 分娩したと きはその病 産院の	(ア) 名称				
		(イ) 所在地				
	⑩ 被扶養者が分娩 したための請求で ある時はその者の	(ア) 氏名	(イ) 生年月日	昭和 年 月 日生	平成	
		⑪ 出生児が被保険者の 被扶養者であるかどうか		ある ・ ない		
	⑫ 出生児が被保険者の被扶養者で ないときはその理由					
	⑬ 備考					

医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	Ⓐ 分娩した年月日	令和 年 月 日	Ⓔ 生産または 死産の別	生産・死産(妊娠 月)		
	Ⓒ 出生児の数	単胎・多胎(児)	備考			
	Ⓓ 上記のとおり相違ないことを証明する。			令和 年 月 日		
	住所					
	職名() 氏名			印	電話	
	Ⓔ 本籍			Ⓕ 筆頭者氏名		
	Ⓖ 出生届出日	令和 年 月 日	Ⓖ 出生児氏名		Ⓖ 出生年月日	令和 年 月 日
	Ⓗ 上記のとおり相違ないことを証明する。			令和 年 月 日		
市区町村長名			印	電話		

(注意事項)

- 標題の「被保険者」と「家族」の別および⑪、⑫およびⒸ欄は、それぞれ該当する文字を○で囲んで下さい。
- 生産または早産の場合は⑫欄に、入院しないで分娩した場合は⑨の(ア)と(イ)欄に、被保険者が分娩したための請求である場合は⑩の(ア)欄に、⑪の「ある」を○で囲んだ場合は⑫欄に、それぞれ「該当せず」と記載して下さい。
- ⑫欄は、被保険者の資格喪失後の分娩であるときは、その資格喪失年月日を、被扶養者となって6ヵ月を経過しない家族の分娩であるときは、被扶養者となる前の医療保険の種類と被保険者証の記号番号を記載して下さい。
- ⑫欄の「死産」が○で囲まれている場合は、妊娠何ヵ月目であったかをかつこ内に書き入れてもらって下さい。
- ③、④、⑤欄の印はハッキリ押して下さい。また、①から⑤まで訂正箇所には③欄と同じ印を押し⑥から⑧までの訂正箇所には④欄と同じ印を押しもらって下さい。
- 医師・助産師又は市区町村長が証明するところ(ⒹまたはⒽの欄)はどちらか一方で証明を受けてください。

(添付書類)

- 領収書の写(産科医療補償制度に加入している場合は加入していることがわかるもの)を添付して下さい。

受付日付印