

被保険者
家族

出産育児一時金・付加金請求書 [直接支払制度利用]

JR東海リテイリング・プラス健康保険組合

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 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
⑦ 分娩した 年月日	令和 年 月 日	⑧ 出産児数	人	⑨ 死産のとき はその旨
⑩ 出生児が被保険者の 被扶養者であるかどうか	あ る ・ な い	⑪ 出生児が被保険者の被扶 養者でないときはその理由		
⑫ 入院して 分娩したと きはその病 産院の	(ア) 名 称			
	(イ) 所在地			
⑬ ア. 付加金を請求します。(出産育児一時金の直接支払制度を利用しました。) イ. 出産育児一時金の直接支払制度を利用しました。医療機関からの請求が50万円(産科医療補償制度未加入は 48.8万円)未満のため下記の金額と付加金を請求します。 請求金額 金 円				
⑭ 備 考				

令和 年 月 日提出

(注意事項)

- ア. 標題の「被保険者」と「家族」の別および⑩欄は、それぞれ該当する文字を○で囲んで下さい。
- イ. 生産または早産の場合は⑨欄に、入院しないで分娩した場合は⑫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⑥の(ア)欄に、⑩の「ある」を○で囲んだ場合は⑪欄に、それぞれ「該当せず」と記載して下さい。
- ウ. ⑬欄は、該当する文字を○で囲んで下さい。
⑬ーア. に該当する場合は、医療機関と取り交した直接支払制度についての合意文書の写を添付して下さい。
⑬ーイ. に該当する場合は、医療機関等から交付された費用の内訳が記載された領収・明細書の写(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。
資格喪失後の分娩では付加金の請求はできません。
- エ. ⑭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。
- オ. ③欄の印はハッキリ押して下さい。また、訂正箇所には③欄と同じ印を押して下さい。

..... 受 付 日 付 印