

様式 39

事業主 經由
JFE健康保険組合 行

常務理事	事務長	室長	担当

出産育児一時金支給請求書

該当者 いずれかに○印		本人
		家族

次の証明書類を添付して下さい

- ・領収・明細書（直接支払制度を用いていない旨を記載）のコピー
- ・直接支払制度を利用しない旨合意した文書（コピーも可）

被 保 険 者	記号	番号	会社名	所 属				
				電話番号				
	出産者氏名		出産者の 生年月日	年	月	日	被保険者と 出産者との 続 柄	
	出生児氏名							
記 入 欄	希望送金先 (退職者のみ)	銀行名	ゆうちょ銀行不可	銀行コード			預金種別	
		支店名		支店コード				普通 当座 貯蓄
		口座名義	カタカナで記入	口座番号				
上記の通り請求いたします。JFE健康保険組合から支給される給付金の受領を事業主に委任します。 令和 年 月 日 千								
被保険者住所 _____								
被保険者氏名 _____ 電話番号 _____								
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。								
備考欄 <input type="text"/>								

助 産 師 記 入 欄	出産者氏名		出産した年月日	令和 年 月 日
	生産または死産の別	生産・死産（妊娠 か月 週）	出生児の数	単胎・多胎（ 児）
	住所	医療機関等名称	氏名	電話
医師または助産師				

健 保 記 入 欄	資格取得年月日	資格喪失日	健保受付印
	家族出産のとき家族の資格取得年月日		
	年 月 日	年 月 日	
備 考			支払区分
			1. 個人 2. 任継 (上記以外は事業主)

注 意 事 項

1. 文字は、わかりやすく書いてください。
住所は何棟、何号室、何々方等最後まで書いてください。
2. この請求書は、被保険者記入欄、医師または助産師記入（市区町村の証明書添付でも可）欄を記入、押印後、事業主を経由し健康保険組合に提出してください。
3. 死産のときは、医師に妊娠何週と記入してもらってください。
4. 原則として20日までに請求された分については、翌月の20日に事業主に支払い、事業主から被保険者への支払いとなります。
5. 退職その他で会社給与のない方にはご希望の金融機関（ゆうちょ銀行不可）宛に送金しますので、希望送金先を記入してください。
なお、任意継続被保険者は郵便貯金口座に送金します。
6. 送金の場合、金融機関の休日等の都合で指定口座への入金が3～5日送れますのであらかじめご了承ください。
7. 請求印は、必ず押印してください。

JFE健康保険組合所在地	〒	TEL	FAX
東京都千代田区内幸町一丁目3番3号 内幸町ダイビル4階	100-0011	03-3597-3333	03-3597-3324