

出産育児一時金等内払金支払依頼書

- ・この用紙は、直接支払制度を利用した後の差額を請求する書類です。
- ・直接支払制度を利用していない方は、「出産育児一時金請求書」をご利用下さい。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <div style="border: 1px dashed black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px dashed black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div> — <div style="border: 1px dashed black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px dashed black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px dashed black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px dashed black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px dashed black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px dashed black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>		氏名			
	自 宅 住所・電話	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 〒 — <div style="float: right; text-align: right;"> 日中連絡可能な電話（ ） — </div> </div>					
	職場	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 部 室 係 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 課 G </div> <div style="text-align: right;">（内線 ）</div> </div>					
	出産した人	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> （氏名） （続柄） （生年月日） S・H・R 年 月 日 </div>					
	出産年月日	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 令和 年 月 日 </div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 単胎 ・ 多胎（ 児） </div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 生産 ・ 死産（妊娠 週） </div>	
	出産施設	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> （名称） （所在地） </div>					
	振込先	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> ① トヨタ自動車東日本の従業員とご家族……給与振込第一口座 ② 役員・関連会社従業員・任意継続とご家族……健保組合への登録口座 </div>					

出産した 方 の 記 入 欄	下記①②の場合は、この欄への記入が必要です。 ①被扶養者が認定年月日（保険証記載）から6ヶ月以内に出産した場合 ＜出産日半年前に加入していた健康保険について記入＞ ②被保険者だった方の出産で資格喪失後6ヶ月以内に出産した場合 ＜現在加入している健康保険について記入＞				下記届出に相違ありません 加入健保に情報提供する事に同意します 令和 年 月 日 出産者氏名					
	加入		名称						(勤務先会社名)	
	加入		所在地				電話番号 — —			
	健保		区分		被保険者 ・ 家族		区分が「家族」の時は被保険者氏名		(続柄)	
	保		加入年月日		S・H・R 年 月 日		喪失年月日		S・H・R 年 月 日	
	の		今回の出産で上記健保より「出産育児一時金」を受けている(予定)か						受けている ・ 受けていない	

※ 領収・明細書のコピー添付して下さい

- ・在胎週数22週到達日以降の出産の場合は「産科医療保障制度加入」のスタンプのあるもの
 - ・「専用請求書の内容と相違ない旨」が記載されているもの
 - ・領収・明細書が複数ある場合は全て（一時金との差額がわかるもの）
- ＜産科医療保

＜産科医療保障制度加入のスタンプ＞



(提出経路) 本人 → 職場 → 事業所担当部署 → 健保組合

健 保	支給日	令和	年	月	日	支給額	常務理事	事務長	担当	受付
	出産日	令和	年	月	日					
	取得日	S・H・R	年	月	日	直接払充当額				
	喪失日	S・H・R	年	月	日	本人宛支給額				

トヨタ自動車東日本健康保険組合