

出産育児一時金請求書

- ・この用紙は、直接支払制度を利用していない方が出産育児一時金を請求する書類です。
- ・直接支払制度を利用したうえで出産育児一時金との差額を請求する場合は、「出産育児一時金等内払金支払依頼書」をご利用下さい。

令和 年 月 日 提出

| | | | | | | |
|---------------------------------|--|---------------------|-----------|-------------|-------|-------|
| 被 保 険 者 記 入 欄 | 被保険者証 記号・番号 | □□□□—□□□□□□ | 氏名 | | | |
| | 自 宅 住所・電話 | 〒 — 日中連絡可能な電話 () — | | | | |
| | 職 場 | 部 | 室 課 | 係 G | (内線) | |
| | 出産した人 (氏名) | (続柄) | | (生年月日) | S・H・R | 年 月 日 |
| | 出産年月日 | 令和 年 月 日 | 単胎・多胎(児) | 生産・死産(妊娠 週) | | |
| | 出産施設 | (名称) | (所在地) | | | |
| 振込先 | 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 | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---------|------------------|--------------------|-------------|-----|
| 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。 | | | 下記届出に相違ありません | | |
| | 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> | | | 加入健保に情報提供する事に同意します | | |
| | 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> | | | 令和 年 月 日 | | |
| | | | | 出産者氏名 | | |
| | 加入 健保 の | 名称 | (勤務先会社名) | | | |
| | | 所在地 | | | 電話番号 | — — |
| | 区分 | 被保険者・家族 | 区分が「家族」の時は被保険者氏名 | (続柄) | | |
| | 加入年月日 | S・H・R | 年 月 日 | 喪失年月日 | S・H・R 年 月 日 | |
| | 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 | | |

- ① 医療機関から交付される「直接支払制度に係る代理契約を医療機関と締結していない旨」及び口申請先となる「保険者名」が記載されている代理契約に関する文書のコピー
- ② 「直接支払制度を利用していない旨」の記載及び在胎週数22週に達した日以降の出産の場合は「産科医療保障制度加入」のスタンプの押印されている領収書・明細書のコピー

<産科医療保障制度加入のスタンプ>→



| | | | | | | | |
|--|----------------------------|---------------------|-------------|-------|-----------|---------|---|
| 医 師 の 証 明 欄 (ど ち ら か) | 医 師 ・ 助 産 師 | 出産年月日 | 令和 年 月 日 | 出生児の数 | 単胎・多胎(児) | | |
| | | 生産・死産の別 | 生産・死産(妊娠 週) | 又は | 週) | | |
| | | 上記のとおり相違ないことを証明します。 | | | | | |
| | | | 令和 年 月 日 | 所在地 | 医療施設の名称 | 医師・助産師名 | 印 |
| | 市 区 町 村 長 | 本籍 | 筆頭者氏名 | | 出生児氏名 | | |
| | | 出生年月日 | 令和 年 月 日 | 出生届出日 | 令和 年 月 日 | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 | | | | | | | |
| | | 令和 年 月 日 | 市区町村長名 | 印 | | | |

(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 | 喪失日 | S・H・R 年 月 日 | | | |