

| | | | | | | |
|-------------|---|--|------|-------|-------|---|
| 健保組合 処理欄 | 支払年月日 | | 常務理事 | 事務長 | GL | 係 |
| | 支給額 | | | | | |
| | 備 考 | | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> 「産科医療保障制度」加入の場合⇒1児につき420,000円 制度未加入の場合⇒1児につき404,000円 | | 資格 | 取得 | 年 月 日 | |
| | | | 喪失 | 年 月 日 | | |

トヨタ関連部品健康保険組合 御中

被保険者
被扶養者

出産育児一時金請求書 (出産前申請)

| | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------|-------------------------------|-----------------|--------|--|--|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る 欄 | 事業所名 | | 被保険者証 記号・番号 | | 被保険者氏名 | | |
| | | | — | | | | |
| | 連絡先 | 郵便番号 | 都 道 区 市 区 町 村 | 電話番号 () | | | |
| | | — | 府 県 | | | | |
| | 出産(予定)日 | 令和 年 月 日 | 出生予定児 | 単胎・多胎 (児) | | | |
| | 被扶養者 (家族)が 出産する 場合 | 出産予定者の氏名 | | 続柄 | | | |
| | | 出産予定日以前6ヶ月以内に就職していましたか？ | | いいえ・はい (下記の欄記入) | | | |
| | | 以前加入していた 社会保険 | <input type="checkbox"/> 健康保険 | 名称 () | | | |
| | | | | 保険証記号・番号 () | | | |
| | | | | 電話番号 () | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 国民健康保険 | 市町村名を記入 () | 国民健康保険 | | | |
| 勤務先名 | | 勤務して いた期間 | 年 月 日 | | | | |
| 勤務先電話番号 | | | 年 月 日 | | | | |
| 退職時の氏名 | | | 年 月 日 | | | | |
| (出産前申請) 添付書類 | <input type="checkbox"/> 産科医療補償制度 登録証《写》 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 「直接支払制度を利用しない」に○をつけた直接支払制度合意文書《写》 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 母子手帳の出産予定日を確認できるページ《写》 | | | | | | |
| 注) 1. 出産日まで資格がある方に限ります。 2. 医療機関で「直接支払制度」を申し込んだ場合、出産前申請はできません。 | | | | | | | |
| 委任状 | 私は上記給付金の申請と受領を下記の者に委任します。 | | | | | | |
| | 令和 年 月 日 | | | | | | |
| | 被保険者氏名 | | | | | | |
| 受任者 | | 所在地 | | | | | |
| | | 事業所 名称 | | | | | |
| | | 受任者名 | | | | | |
| 請求者への注意事項 | | | 備考 (個人番号:任意記入) | | | | |

請求者への注意事項

- ・ 出産予定日前に退職または扶養家族から外れた等、当健保の組合員の資格がなくなった場合は、支給の対象外です。
- ・ 資格を喪失した場合や直接支払制度と重複請求となった場合は、返金していただきます。
- ・ 国内での出産に限ります。

事業所担当者への注意事項

- ・ 添付する母子手帳の写しは、母子手帳の原本を確認のうえ担当者がコピーをしてください。また、その証として、《写》に事業所名と担当者名の記入及び担当社員を押ししてください。署名・捺印がない場合は受付けません。

〔出産前申請〕とは… 当健保独自の制度で、事前に申請して出産予定日までに出産育児一時金を受け取り、出産費用に充てる方法です。

【提出の流れ】 本人(申請書と母子手帳) → 会社(申請書) → 健保 → 会社振込 → 本人