

| | | | | | | |
|-------------|---|--|------|-----|----|---|
| 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 |
| | | | 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 (出産後・差額申請)

| | | | | | | | |
|---|--|---|---------------------------------------|--------------|---------|----------|---|
| 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 府 県 | 区市 郡 | 区町 村 | | |
| | | 電話番号 | | | | | |
| 出生日 | 令和 年 月 日 | 単胎・多胎 (児) | 出生・死産 (妊娠 週) | | | | |
| 被 扶 養 者 (家 族) が 出 産 す る 場 合 | 出産者の氏名 | | 続柄 | | | | |
| | 出産日以前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 | |
| (出産後申請) (差額申請) 添付書類 | <input type="checkbox"/> 出産(分娩)費用明細書《写》 * 医療機関等が支払機関へ提出する「専用請求書の内容と相違ない」旨の記載があるもの | | | | | | |
| | 出生及び死産が証明できる書類(いずれかひとつ必要) | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 母子手帳の出生届出済証明《写》 | <input type="checkbox"/> 死胎埋火葬許可証《写》 | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 出生届の出生証明書《写》 | <input type="checkbox"/> 死産届の死産証明書《写》 | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 住民票《写》 | | | | | |
| 委 任 状 | 私は上記給付金の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 | | | | | |
| 備考 (個人番号:任意記入) | | | | | | | |

〔出産後申請〕とは… 直接支払制度を利用せず、出産費用を全額支払ったあとで、出産育児一時金を請求する方法です。

〔差額申請〕とは… 直接支払制度を利用し、出産費用が42万円に満たない場合、その差額を請求する方法です。

〔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