

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 <b>健保使用欄</b>					
	<input type="checkbox"/> 「産科医療保障制度」加入の場合⇒1児につき420,000円 <input type="checkbox"/> 制度未加入の場合⇒1児につき404,000円			資格	取得 喪失	年 月 日 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				
	〇〇〇株式会社	〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		健保 太郎				
	連絡先	郵便番号	〇〇	都道府県	〇〇	区市郡	〇〇 区町村	
		〇〇〇 - 〇〇〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇〇	
		〇丁目〇〇	電話番号 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇					
	出産日	平成 28 年 11 月 11 日		単胎・多胎 ( 児 )	出生・死産 (妊娠 週)			
	被 扶 養 者 ( <b>家族</b> ) が 出 産 す る 場 合	出産者の氏名	健保 組子		続柄	妻		
		出産日以前6ヶ月以内に就職していましたか? <input checked="" type="checkbox"/> 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	私は上記給付金の受領を下記の者に委任します。							
	平成 28 年 12 月 20 日							
	被保険者氏名 健保 太郎							
受任者	所在地 事業所 名称 受任者名							
会社記入欄								

## 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