

支給額	医療機関	
	本人	
取得	・	本人 ・ 家族
喪失	・	単胎 ・ 多胎

健保捺印欄			
常務理事	事務長	室長	担当者

健康保険 出産育児一時金・家族出産育児一時金 支給請求書 (受取代理用)

トヨタ販売連合健康保険組合 理事長 殿

平成 年 月 日請求

次の通り請求します。

請求者が記入するところ	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	※	被保険者 の 氏名・生年月日	氏名	年	月	日生	
	被保険者の 住所・電話番号	〒 ( ) TEL ( )								
	お勤め先の名称				資格取得の年月日	昭和・平成 年 月 日				
	出産予定日・数	平成 年 月 日			単胎 ・ 多胎 ( 児)					
	家族が出産するための請求であるときは、その者の	氏名				生年月日	年 月 日			
	出産予定 医療機関等	名称				所在地	〒			

※個人番号の記載可

◆退職後の方は現在加入の健康保険、また被扶養者の方が出産される場合で、出産予定日の6ヵ月以内に当組合の被扶養者となられた方は、以前加入していた健康保険について以下にご記入下さい。

名称		保険証の記番号	—
電話番号	( )	保険証の切替日	年 月 日

委任状	私は給付金の受領を右記の者に委任します。	受任者 (事業所が記入)
	平成 年 月 日	事業所の所在地
	被保険者氏名 印	名称 事業主の氏名 印

・退職等により本人口座への直接振入を希望される場合は、委任状は記入せずに勤務先の健保担当部署に申し出た上で給付金振込口座登録用紙 (別紙) を添付してください。

受取代理人の欄	甲 ( ) は、医療機関等である乙 ( ) を代理人と定め、次の権限を委任します。 また、甲は、出産育児一時金等の医療機関への直接支払制度は利用しません。 甲が請求する出産育児一時金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額 (上限42万円、ただし産科医療補償制度に加入しない医療機関等において出産した場合は上限40.4万円) 受領に関する事。 平成 年 月 日							
	甲 (被保険者) の住所 氏名				印			
	乙 (代理人) の住所 氏名				印			
	受取代理人に対する支払金融機関の欄							
	銀行名	本・支店名	区分	口座番号	口座名義 (フリガナ)			
		当座 ・ 普通		(フリガナ )				