

支給額	
取得	H22年 4月 1日 本人・家族
喪失	年 月 日 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

出産育児一時金を○で囲んでください。

トヨタ販売連合健康保険組合 理事長 殿 平成 28年 4月 15日 請求

\*出産育児一時金・家族出産育児一時金いずれの請求をする方も、被保険者についてご記入ください。次の通り請求します。給付金の受領は健保担当部署責任者に委任します。

被保険者証の記号・番号	記号	591	番号	10 ※	事業所の名称	トヨタ○○株式会社	
被保険者の氏名	健保 愛	健保 印	被保険者の生年月日	H1年 3月 1日	資格取得年月日	H22年 4月 1日	
被保険者の住所	〒461-0001 愛知県名古屋市東区泉1-2-3				被保険者の電話番号	052(952)1212	
出産児の児数	2 人	生産・死産の別	生産・死産	被保険者との続柄	長男 長女	第何子であるか	第 1.2 子
出産児の氏名	健保 康男 健保 康子	出産年月日	H28年 4月 1日	出生児の扶養	被扶養者である (なし)		

請求者氏名に被保険者ご本人様のお名前をご記入、捺印してください。

住所、電話番号は必ず記入し、変更・間違いがないか確認してください。

生産・死産の別を教えてください。

×「子」  
○「長男」「長女」等、続柄をご記入ください。

※個人番号の記載可  
\*家族出産育児一時金を請求される方（ご家族が出産された場合）はご記入ください。

家族の氏名	(旧姓)	生年月日	年 月 日	被保険者との続柄
出産されたご家族の方についてお伺い致します。 あなたは、現在 1. 勤めていないが、前職を退職後6ヵ月経過していない 2. 勤めていない（前職退職後6ヵ月を経過している）				

\*退職後に出産育児一時金を請求される方（現在、任意継続被保険者である方を除く）は給付金の振込先を記入し、退職後加入した健保（出産日現在）の「不支給証明」を添付してください。

給付金の振込先（原則、請求者名義をご記入ください）				
銀行名	銀行・信用金庫・信用組合	金融機関番号	支店名	支店番号
口座種目	普通・当座・貯蓄	口座番号	口座名義 原則、請求者	

死産の場合、妊娠何ヵ月目かを必ず記入していただいでください。

医師・助産師又は市区町村長の証明のいずれかを受けてください。  
続柄が確認できる書類、出生受理証明書、出生届、母子健康手帳の「出生届出済証明」のページのコピーの添付でも可

医師・助産師又は市区町村長の氏名及び捺印があるか、必ず確認してください。

医師・助産師又は市区町村長の証明	出産年月日	H28年 4月 1日	生産・死産の別	生産・死産（妊娠第 月又は第 週）
	出生児の数	単胎 多胎（ 2 児）		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 H28年 4月 5日 〒 名古屋市東区五の丸1-3-5 医療施設の名称・所在地 名古屋病院 医師・助産師名 名古屋 一郎			
	本籍		筆頭者氏名	
	出生届出日	年 月 日	出生児氏名	出生年月日 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 市区町村長名 印			

委任欄の健保担当部署責任者名は、「加入事業所事務連絡書」の健保担当部署責任者と同じ方のお名前をご記入、捺印してください。記入・捺印漏れがないよう確認をお願いします。

委任欄	給付金の受領を に委任します。	健保担当部署責任者	愛知 次郎 愛知 印
-----	--------------------	-----------	------------

[添付書類]  
①医療機関から交付される合意文書の写し（直接支払制度を利用しない旨、申請先の保険者名が記載されたもの）  
②産科医療補償制度に加入する医療機関等で在胎週数22週以降に出産した場合、「産科医療補償制度加入機関」のスタンプが押された領収書の写し  
\* ご記入いただいた内容については、出産育児一時金・家族出産育児一時金の支給決定のため使用する以外、その他の目的には使用いたしません。