

支給額			
取得	年	月	日
喪失	年	月	日
	本人・家族 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

トヨタ販売連合健康保険組合 理事長 殿

平成 年 月 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。

被保険者証の 記号・番号	記号	番号	※	事業所の 名称			
被保険者の氏名	印		被保険者の 生年月日	昭平 年 月 日	資格取得 年月日	昭平 年 月 日	
被保険者の住所	〒				被保険者の 電話番号		
出産児の児数	人	生産・死産 の別	生産・死産	被保険者 との続柄		第何子 であるか	第 子
出産児の氏名			出産年月 日	平成 年 月 日	出生児の 扶養	被扶養者である・ない	

※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	昭平 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 <ol style="list-style-type: none"> 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） 					

医師・助産師又は市区町村長の証明	出産年月日	平成 年 月 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（ 児）				
	上記のとおり相違ないことを証明します。					
	平成 年 月 日 〒					
	医療施設の名称・所在地 医師・助産師名					
	印					
本籍				筆頭者氏名		
出生届出日	平成 年 月 日	出生児氏名		出生年月日	平成 年 月 日	
上記のとおり相違ないことを証明します。						
平成 年 月 日						
市区町村長名						
印						

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込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。

[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週以降に出生した場合、「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
- ③退職後に出生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）は退職後加入した健保（出生日現在）の「不支給証明」

* ご記入いただいた内容については、出生育児一時金・家族出生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。