

支給額	
取得	H22年 4月 1日 本人・家族
喪失	H28年 2月 1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。

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		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 愛知県名古屋市中区東区1-2-3				被保険者の 電話番号	052(952)1212		
出産児の児数	1 人	生産・死産 の別	生産	被保険者 との続柄	長男 長女	第何子 であるか	第 子	
出産児の氏名	健保 康男		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（ご家族が出生された場合）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
出生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）				

医師・ 助産師 又は市 区町 村長 の証 明	出生年月日	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(1 児)			
	上記のとおり相違ないことを証明します。				
	出生年月日	H28年 4月 5日	医療施設の名称・所在地	名古屋市中区五の丸1-3-5 名古屋病院 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

死産の場合、妊娠何ヵ月日かを必ず
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。

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）	
	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。