

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

家族出産育児一時金を○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	トヨタ〇〇株式会社		
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 愛知県名古屋市中区東区泉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 ない		

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	健保 花子 (旧姓 豊田)	生年月日	H2年 1月 1日	被保険者 との続柄	長女
-------	---------------	------	-----------	--------------	----

家族の方の氏名(旧姓)・生年月日を記入してください。

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）

家族の方が6ヵ月以内にお勤めしていたかどうか記入してください。

*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	フリガナ	金融機関番号	支店名	フリガナ	支店番号
	銀行・信用金庫 ・信用組合		支店		
口座種目	普通・当座・貯蓄	口座番号	口座名義 原則、請求者	フリガナ	

死産の場合、妊娠何ヵ月目を必ず
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	〒	名古屋市中区五の丸1-3-5 名古屋病院 名古屋 一郎 名古屋 印		
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。