

| | | |
|-----|------|---------|
| 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

| | | | | | | | | | |
|-------------|-------------------------|-------------------------------------------------------|-------|----|-----|--------------|--------------------------|----------------|--|
| 請求者が記入するところ | 被保険者証の記号・番号 | 記号 | 591 | 番号 | 1 ※ | 被保険者の氏名・生年月日 | 氏名 | 健保 太郎 H1年3月1日生 | |
| | 被保険者の住所・電話番号 | 〒461-0001 愛知県名古屋市東区泉1-2 マンション泉303号 TEL 052 (952) 1111 | | | | | | | |
| | お勤め先の名称 | トヨタ〇〇株式会社 | | | | 資格取得の年月日 | 昭和・平成 22年 4月 1日 | | |
| | 出産予定日・数 | 平成 28年 5月 1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 | 健保 花子 | | | 生年月日 | H2年 1月 1日 | | |
| | 出産予定医療機関等 | 名称 | 名古屋病院 | | | 所在地 | 〒460-0002 名古屋市中区五の丸1-3-5 | | |

※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ください。

| | | | |
|------|----------------|---------|------------|
| 名称 | トヨタ自動車健康保険組合 | 保険証の記番号 | 1234-5000 |
| 電話番号 | 0565 (28) 0087 | 保険証の切替日 | H28年 4月 1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 28年 4月 5日 | 事業所の所在地 名古屋市東区泉1丁目23-22 |
| | 被保険者氏名 健保 太郎 | 名称 トヨタ〇〇株式会社 |
| | | 事業主の氏名 ○ ○ ○ ○ |

・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。

甲 (健保 太郎) は、医療機関等である乙 (名古屋病院) 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 50 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 48.8 万円) の受領に関する事。

平成 28年 4月 5日

甲 (被保険者) の住所 愛知県名古屋市東区泉1-2 マンション泉303号
氏名 健保 太郎
乙 (代理人) の住所 名古屋市中区五の丸1-3-5
氏名 名古屋病院
院長 名古屋 一郎

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) |
| 愛知銀行 | 名古屋支店 | 当座 普通 | 7890000 | (カガナ ナゴヤビヨウイン) 名古屋病院 |

請求者が記入するところ
この方は必ず「記入」してください。
分らない場合は会社名、会社の電話番号を記入