

健保組合使用欄	健保組合記入
---------	--------

記入例 本人 **出産育児一時金支給申請書【分娩後】**
 家族 (医療機関直接支払制度を利用しない場合)

◆ ボールペンで太枠内全てご記入の上、添付書類とあわせて提出ください。

保険者記号番号	従業員 No.	被保険者氏名	分娩者氏名	続柄
〇〇—〇〇〇〇	〇〇〇〇〇	被保険者(従業員)の氏名を記	分娩された方のお名前・続柄を記入	
被保険者の 現住所	自宅住所、電話番号を記入			
事業所名	トヨタ紡織(株) (〇をつける)	トヨタ紡織㈱の従業員の方以外は、 会社名を記入	所属	所属部署を記入
照会等の同意	トヨタ紡織健康保険組合が、出産育児一時の支給に対し必要に応じ、担当医療機関に対して内容照会を行うこと、また当該関係機関が内容照会の回答をすることに同意します。			
分娩日	出産日を記入	単胎・多胎()児	生産・死産(妊娠 週)	
分娩医療機関	出産した病院名・住所を記入			
分娩医療機関の産科医療保障制度への加入の有無	未加入 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 加入			
被 保 険 者 記 入 欄	◇被扶養者が分娩した場合 健保組合・協会けんぽ・共済組合の被保険者期間が1年以上あり、被保険者資格喪失後6ヶ月以内の出産の場合は、以前の加入先も請求ができます。当健保組合では、以前の加入先への請求を優先していただいておりますので、申請時にご確認のうえ、ご協力をよろしくお願い致します。			
	退職後、6ヶ月以内に出産でしたか?	いいえ ・ はい (「はい」の場合の方のみ下の欄を記入)		
	保険の種類は何でしたか?	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 協会健保 <input type="checkbox"/> その他()		
	勤務先名			
	被保険者期間	年 月 ~ 年 月 (年 月)		
	給付金 振込先	1. 給付金の受領を委任するとき 私()は上記給付金の受領を右記の者に委任します。 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 被保険者氏名 (本人自署) 〇〇 〇〇〇 委任状 事業所で証明します 書類提出先にご注意下さい		
		2. 振込先を指定するとき (注) 口座名義が被保険者名義でないときは法定相続人であることの証明として被保険者の戸籍(コピー可)を添付		
		金融機関名	支店名	預金種別
				普通・当座
			口座番号	フリガナ
				口座名義

- ※ 添付書類 ① 出生および死産が証明できる書類(写)
 (出生証明書・出生届の出生証明書 死産届の死産証明書・死胎埋火葬許可書 等)
 ② 費用の内訳を記した領収明細書(写)
 (産科医療保障制度に加入している医療機関の場合は、その証明スタンプが押してあるもの)
 ③ 医療機関で交付された直接支払制度(利用しない)合意文書(写)【海外で出産された方は不要】
★海外で出産された場合、添付書類は必ず翻訳したものを提出

※ 提出経路: 被保険者(請求者)→事業主・事業所担当者 (TBはトヨタパーソナルサポート㈱ 国内給与部) → 健保組合
 ※ お問い合わせ先: トヨタ紡織健康保険組合 適用・給付グループ TEL (0566) 26-0305 内線 811-3067

個人情報の保護について : この情報は健康保険の事業のみに使用し、その他の目的には使用致しません。

健保組合使用欄	<p>健保組合記入</p>
---------	----------------------

記入例 □ 本人 出産育児一時金支給申請書【分娩前】

家族 (医療機関直接支払制度を利用しない場合)

分娩前申請は申請時期をお気をつけ下さい

◆ ボールペンで太枠内全てご記入の上、添付書類とあわせて提出ください。

	保険者記号番号	従業員 No.	被保険者氏名	分娩者氏名	続柄										
	〇〇—〇〇〇〇	〇〇〇〇〇	被保険者(従業員)の氏名、生年月日をご記入ください												
被 保 険 者 記 入 欄	被保険者の 現住所	自宅住所、電話番号を記入													
	事業所名	トヨタ紡織(株) (○をつける)	トヨタ紡織の従業員の方以外は、 会社名を記入	所属	所属部署を記入										
	照会等の同意	トヨタ紡織健康保険組合が、出産育児一時の支給に対し必要に応じ、担当医療機関に対して内容照会を行うこと、また当該関係機関が内容照会の回答をすることに同意します。													
		被保険者氏	被保険者(従業員)の氏名本人自署												
	分娩予定日	出産予定日を記入		単胎・多胎()児											
	分娩医療機関	出産予定の病院名・住所を記入													
		分娩医療機関の産科医療保障制度への加入の有無	未加入・加入												
		◇被扶養者が分娩した場合 健保組合・協会けんぽ・共済組合の被保険者期間が1年以上あり、被保険者資格喪失後6ヶ月以内の出産の場合は、以前の加入先へも請求ができます。当健保組合では、以前の加入先への請求を優先していただいておりますので、申請時にご確認のうえ、ご協力をよろしくお願い致します。													
		退職後、6ヶ月以内に出産でしたか?	いいえ・はい (「はい」の場合の方のみ下の欄を記入)												
		保険の種類は何でしたか?	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 協会健保 <input type="checkbox"/> その他()												
	勤務先名														
	被保険者期間	年 月 ~ 年 月 (年 月)													
	給付金 振込先	1. 給付金の受領を委任するとき 私は上記給付金の受領を右記の者に委任します。 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 被保険者氏名 (本人自署) 〇〇 〇〇〇 私は上記給付金の受領を左記の者より委任しました。 (受) 事業所で証明します 書類提出先にご注意下さい													
		2. 振込先を指定するとき 注) 口座名義が被保険者名義でないときは法定相続人であることの証明として被保険者の戸籍(コピー可)を添付 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>金融機関名</td> <td>支店名</td> <td>預金種別</td> <td>口座番号</td> <td>フリガナ</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>普通・当座</td> <td></td> <td>口座名義</td> </tr> </table>				金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	フリガナ			普通・当座		口座名義
金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	フリガナ											
		普通・当座		口座名義											

★医療機関直接支払制度を利用していた場合や分娩前に当健保組合の資格を喪失した場合は返還いただきますので、ご注意ください。

※ 申請時期⇒予定月の2ヶ月前1日～20日(事業所経由、健保到着期間) 支給日⇒予定月の1ヶ月前の20日
 例) 分娩予定日 令和5年8月3日
 申請期間⇒令和5年6月1日～20日(事業所経由、健保到着期間)
 支給日⇒令和5年7月20日

※添付書類

《申請時》

- ①母子手帳の表紙(写)
- ②分娩医療機関の産科医療保障制度加入の登録証(写)
- ③医療機関で交付された直接支払制度(利用しない)合意文書(写)

《分娩後》

- ①出生証明書(写)(母子手帳の出生届出済証明(写)でも可)
- ②費用の内訳を記した領収明細書(写)

※ 提出経路: 被保険者(請求者)→事業主・事業所担当者(TBはトヨタパーソナルサポート係 国内給与部)→健保組合

※ お問い合わせ先: トヨタ紡織健康保険組合 適用・給付グループ TEL (0566) 26-0305 内線 811-3067

個人情報の保護について: この情報は健康保険の事業のみに使用し、その他の目的には使用致しません。