

直接支払制度、受取代理制度、
出産費資金貸付制度を
ご利用の方は申請不要です

出産育児一時金支給申請書

【出産費用の請求をする時の申請書】

コード

トヨタ自動車健康保険組合理事長殿

保険証の 記号番号	記号	番	号
被保険者 氏名(従業員)			
生年月日	昭・平	年	月 日
連絡先	〒		
	TEL()	-	
職 場	支社	部	
	工場	室	G
		課	係・組
	TEL()	-	
出生児氏名※	(続柄)		

※死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、記載不用です。

(1)家族が出産の場合

出 産 者	扶養認定日 (保険証で確認)	昭・平・令	年	月	日
	氏 名				
質 問	扶養認定日から6ヶ月以内の出産ですか？ はい：次のページ①へ いいえ：申請				

(2)本人が出産かつ出産時にトヨタ健保加入者ではない場合

資格喪失日 (退職日)	令和	年	月	日
質 問	資格喪失日から6ヶ月以内の出産ですか？ はい：次のページ②へ いいえ：申請不可			

次のページをご記入ください。

振 込 先	銀行 信用金庫 農 協 労働金庫				支店
	金融機関番号				←番号を確認で きる場合に記入
	店番号			預 金 種 別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	口座番号				
	口座名義 被保険者 (従業員)名義	カタカナで記入			

㊤ 医師または助産師の証明

分娩日	令和	年	月	日
出産区分	生産・死産(妊娠 週 日)			
生産・死産 児数	単胎・多胎(児)			
上記のとおり相違ないことを証明する 年 月 日				
所在地 医療機関名称 医師または助産師 の氏名 ㊤				

㊦ 市区町村の証明

※死産の場合は㊤で証明

本 籍				
筆頭者氏名				
出生届提出日	令和	年	月	日
出生児氏名				
出 生 日	令和	年	月	日
上記のとおり相違ないことを証明する 年 月 日				
所在地 市区町村長名 ㊦				

必須事項 1 分娩の証明は、**㊤医師・助産師** または **㊦出生届を提出した市区町村**にて行ってください。 ※母子手帳のコピー等は受理できません。

必須事項 2 直接支払制度に関する**合意文書(写)**を添付してください。

- ・医療機関が発行
- ・直接支払制度を「利用しない」と署名があること

必須事項 3 **出産(分娩)費用明細書(写)**を添付してください。

- ・出産費用の**合計額**と**産科医療補償制度の項目**の記載があること
- ・産科医療補償制度の**スタンプ**があること

※海外で出産された方は次のページをご参照ください。

①以前ご加入の健康保険について

- 国民健康保険の方は市区町村名を記入し、ご申請ください…《市区町村》
健康保険組合・全国健康保険協会または共済組合の方は、下記の不支給証明欄に証明をいただいでください

②現在ご加入中の保険証のコピーが…

- できる場合、添付しご申請ください
できない場合、現在ご加入中の健康保険組合等にて下記の不支給証明欄に証明をいただいでください

不支給証明欄 (別紙証明も可)	出産者氏名	(旧姓)	保険証 記号・番号	
	資格取得年月日	昭・平・令 年 月 日	資格喪失年月日	令和 年 月 日
	上記出産者に対して、出産育児一時金を支給しないことを証明します。			年 月 日
	所在地			
	電話番号			
	保険組合等名称			⑩

《提出する前のご注意》

1. 直接支払制度、受取代理制度、出産費資金貸付制度を利用された場合は申請できません。
2. 保険証に扶養として加入していない方が出産した場合、申請できません。
3. 出産前に働いていた場合、以前の保険加入先と夫の保険加入先、双方には申請できません。
4. 妊娠4ヶ月(85日)以上が支給の対象となります。

《海外で出産された方》

1. 必須事項1～3は不要です。
2. 出産の事実を証明するものの**原本**(出生証明書など)と、出産費用の領収書写しを添付してください。

《支給のご注意》

1. 支給日は、毎月5・15・25日(支給日が土・日・祝日の場合はその前日)です。
※支給日の10日前までに、健保組合に到着した申請書が支給処理の対象。
ただし、長期連休の場合はこの限りではありません。
2. 書類に不備がある・書面内容に調査が必要な場合、支給日が遅れることがあります。
3. 受給を受ける権利の時効は2年です。(時効起算日は出産日の翌日)
4. 医療機関、事業主、自治体、又は他の関係する保険者等に対し、支給決定に必要な情報の提示及び照会を行う場合があります。予めご了承ください。

《被保険者以外への口座振込み》

委任状を記入してください。申請者と受任者は**自筆**で記入し、印鑑は申請者・受任者とも**異なる印鑑**で捺印ください。

委任状	
トヨタ自動車健康保険組合理事長殿	年 月 日
私は、出産育児一時金申請による給付金の受領を受任者へ委任します。	
申請者 住所 _____	受任者 住所 _____
氏名 _____ ⑩	氏名 _____ ⑩

《申請書提出ルート》

郵送または社内便にて、直接健保へ送付してください。

送付先・お問合せ先

トヨタ自動車健康保険組合 医療保険室 給付グループ
【郵便】〒471-0832 愛知県豊田市丸山町6丁目22番地
【社内便】区分:健保
外線:(0565)28-0153 内線:(811)6-0561
E-mail:k-iryuu@h4.dion.ne.jp