

# 出産育児一時金支給申請書 (受取代理申請用)

【出産費用を健保組合から医療機関へ支払うための申請書です】

トヨタ自動車健康保険組合理事長殿

NO. -

被 保 者 記 入 欄	保険証の 記号番号	記号	番 号	被 保 者 の 振 込 先	銀 行 信用金庫 農 協 労働金庫				支店	
	被保険者 氏 名 (従業員)				銀行番号				←番号を確認 できる場合に 記入	
	生年月日	昭・平	年		月	日	店番			預金 種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	連絡先	〒			口座番号					
		TEL( ) -			口座名義 被保険者(従業員) 名義	カタカナで記入				
	職場	支社 工場	部		室 課	G 係 組	出産予定の医療機関 名 称 .....			
	出産者氏名 ・生年月日	(昭・平 年 月 日)			所在地 .....	出産予定日	令和	年	月	日 単 ・ 多 ( 胎)
①被扶養者(家族)が出産する場合					②被保険者が資格喪失後に出産する場合					
資格取得日 (保険証で確認)	昭・平・令 年 月 日				資格喪失日 (退職日)	平・令 年 月 日				
資格取得日以後 6ヶ月以内の 出産予定の場合、 以前加入の健康 保険名、記号・番 号を記入	<input type="checkbox"/> 健康保険組合				現在加入の 健康保険名 記号・番号 を記入	<input type="checkbox"/> 健康保険組合				
	県 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ					県 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ				
	市 <input type="checkbox"/> 国民健康保険					市 <input type="checkbox"/> 国民健康保険				
	記号	番号				記号	番号			

受 取 代 理 に 関 す る 欄	被保険者は下記医療機関を代理人と定め、次の権限を委任します。また、被保険者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。 被保険者が申請する出産育児一時金のうち、下記医療機関が被保険者に対して出産に関し請求する費用の額*の受領に関する事。 ※産科医療補償制度加入医療機関：一児につき上限50万円 ※産科医療補償制度未加入医療機関：一児につき上限48.8万円										
	年 月 日 (被保険者) 〒 -										
	氏名										
	(医療機関) 〒 - (TEL ) -										
名称											
受取代理人の振込先 <b>医療機関の口座</b>											
銀行・信用金庫 農協・労働金庫			支店		預金種別		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座			口座 番号	
銀行 番号			店 番		口座名義		カタカナで記入				

【組合処理欄】

病院支払額		本人支払額		出 産 日	
-------	--	-------	--	-------	--

## 《申請上のご注意》

1. 受取代理申請は、出産予定日の2ヶ月前より受付けております。  
(出産後に出産育児一時金支給申請書の提出は必要ありません。)
2. **被保険者は「被保険者記入欄」の太枠内をすべてご記入下さい。**  
**また、「受取代理に関する欄」の被保険者の欄もご記入・ご捺印下さい。**  
「受取代理に関する欄」の医療機関の欄・振込先は、医療機関で記入・捺印を  
もらって下さい。
3. **受取代理の医療機関以外で出産することとなった場合は、速やかに健保組合へ  
申し出て下さい。**
4. 医療機関、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。

## 《支払いに関する留意点》

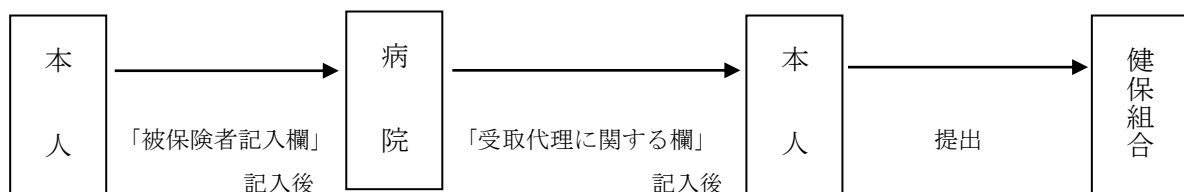
1. 出産に係る請求額が出産育児一時金の上限以上である場合  
→ 委任額全額を医療機関へお支払いします。
2. 出産に係る請求額が出産育児一時金の上限未満である場合  
→ 請求額を医療機関へ、請求額との差額を被保険者へお支払いします。
3. 受給を受ける権利の時効は2年です。(時効起算日は出産日の翌日)

## 《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。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 \_\_\_\_\_  
(被保険者) 氏名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

## 《申請 書提出ルート》



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