

健康保険  被保険者  
 被扶養者

# 出産育児一時金 支給申請書

申請日 令和 年 月 日

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名 所属	
	氏名			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	住所	(〒 - )		電話番号 (日中のご連絡先)	- -

申請内容	出産した者	<input type="checkbox"/> 被保険者※ <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)		※ 出産した者が被保険者の場合は、出産育児一時金 付加金を合わせて支給いたします。	
	家族の場合は その者の	氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	出産した年月日	令和	年	月	日
	生産・死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠第 週)		生産児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 ( 人)
	出産した 医療機関	名称		住所	

証明欄 (いずれかに証明を受けてください)	医師・助産師による証明の場合	出産者氏名		出産年月日	令和 年 月 日
		出生児の数	単胎・多胎 ( 人)	生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 週)
上記のとおり相違ないことを証する。 令和 年 月 日					
医療施設の名称・所在地					
医師・助産師名					
市区町村長による証明の場合(生産のみ)	本籍		筆頭者氏名		
	母の氏名		出生児氏名	出生年月日	令和 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証する。 令和 年 月 日				
市区町村長名					

注意事項	申請について	・ 直接支払制度を利用せず、窓口で全額自己負担された場合に申請してください。	受付日付印
	添付書類	① 医療機関から交付される出産費用の領収・明細書(写) ※ 医療機関等が当組合に請求する専用請求書と相違ない旨が記載されているもの ※ 産科医療補償制度対象分娩である場合は、それを証明する文言がスタンプ等により明記されているもの ② 医療機関と交わした「直接支払制度合意文書」(写) ※ 直接支払制度を利用しない旨の記載があるもの ※ 申請先となる当健康保険組合名が記載されているもの	
	振込先	・ 在職者へは事業主を通じて支給いたします。(給と同封) ・ 特例退職・任意継続被保険者へは加入時登録口座へ振り込みます。	
申請書提出先	・ 在職者は事業主を通じて送付してください。(トーエネックは人事部給与厚生・年金Gへ) ・ 特例退職・任意継続被保険者は健康保険組合まで直接送付してください。		