

健保組合 使用欄	支払年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	係長	係員
	被保険者資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日				
	分娩者資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日				
	分娩日	令和 年 月 日	支給額	円		
	医療機関代理受取額	円				
	備考	直接支払基金支払済み() 給付月		入力No.		

被保険者
 家族 **出産育児一時金支給申請書**
 (医療機関直接支払制度利用者 差額申請用)

☆この申請は、「医療機関直接支払制度」を利用した方の分娩費用(お子さん1人に対し)50万円に満たなかった時に、その差額を請求するものです。(産科医療保障制度の一般審査基準に満たさない分娩の場合は48.8万円)

◆ ボールペン(フリクション・鉛筆不可)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。

被 保 険 者 記 入 欄	保険証記号番号	従業員 No.	被保険者氏名	分娩者氏名	続柄	
	被保険者の 現住所	〒 TEL() -				
	事業所名	トヨタ紡織(株)	(その他の事業所)	所属		
	照会等の 同意	トヨタ紡織健康保険組合が出産育児一時金差額の支給に対し必要に応じ、担当医療機関へ、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	令和 年 月 日	単胎・多胎(児)	生産・死産(妊娠週)		
	分娩医療機関					
	医療機関住所	TEL() -				
	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					
	分娩(予定)日以前6ヶ月以内に就職していましたか?	いいえ・はい (「はい」の場合は下の欄を記入)				
	勤務先名称					
	被保険者期間	年 月 ~ 年 月 (年 ヶ月)				
	保険の種類は何でしたか?	健保組合 国民健康保険 協会けんぽ その他()				
	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 年 月 日 被保険者氏名 (本人自署) 私は上記給付金の受領を左記の者より委任しました。 (受任者) 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	口座番号	フリガナ
			普通・当座		口座名義	

☆ 添付書類 ① 出生証明書(写) ※母子手帳の「届出済証明」のページの写し可

② 分娩医療機関で発行された領収明細書(写) ※必ず「代理受取額」が記載されているもの

③ 医療機関で交付された直接払い合意文書(写) ※直接払い適用の旨が記載されているもの

※ 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(株) 略称: TPSC 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 811-3066

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。