

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名

申請内容

1 出産した者

1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）

1 - ①

家族の場合はその方の

氏名

生年月日

 昭和 平成 令和

年

月

日

2 出産した年月日

令和

年

月

日

3 生産または死産の別

1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在

3 - ①

「生産」の場合出生人数

人

3 - ②

「死産」の場合死産児数

人

3 - ② - (1)

「死産」の場合妊娠経過期間

満

週

4 出産した医療機関等

名称

所在地

5 出産した方

●被保険者 → 退職後6ヶ月以内の出産ですか。

●家 族 → 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。

1. はい 2. いいえ

5 - ①

「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。

●被保険者 → 現在加入している保険者について

●家 族 → 当組合加入前に加入していた保険者について

保険者名

記号・番号

5 - ① - (1)

同一の出産について、5 - ①の保険者より出産育児一時金を

1. 受けた／受ける予定 2. 受けない

証明欄（いずれかにご記入ください）

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 → (

児)

生産または死産の別

 生産 死産 → (妊娠

週)

上記のとおり相違ないことを証明する。

医療施設の所在地

医療施設の名称

令和

年

月

日

医師・助産師の氏名

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明する。

市区町村長名

令和

年

月

日

印

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

《申請条件》

妊娠4ヶ月以上(85日目以降)の出産である

※ 被保険者が資格喪失後に出産した場合

- (1) 被保険者期間が継続して1年以上ある(但し任意継続期間は除く)
- (2) 出産日が資格喪失日より起算して6ヶ月以内である

《注意事項》

- (1) 豊田合成健康保険組合の被保険者の資格喪失後に出産した場合の請求は、2-2 申請内容6欄に出産日に加入している保険者を記入ください
- (2) 豊田合成健康保険組合の被扶養認定日から6ヶ月以内の出産による請求は、2-2申請内容6欄に被扶養者認定日の前日までに継続して1年以上(但し、任意継続加入期間を除く)加入していた保険者(国民健康保険は除く)を記入ください
- (3) 2-2証明欄には医師または助産師または市区町村長の証明が必要です
- (4) 請求権の時効は、出産日の翌日から起算して2年です

《給付金の調整》

- (1) 豊田合成健康保険組合の被保険者の喪失日から6ヶ月以内の出産で、出産日に豊田合成健康保険組合又は出産日に加入している保険者いずれか一方のみの請求しかできません
- (2) 豊田合成健康保険組合の被扶養認定日から6ヶ月以内の出産で、被扶養認定日の前日まで継続して1年以上(但し、任意継続加入期間を除く)豊田合成健康保険組合又は他の保険者(国民健康保険は除く)の被保険者(任意継続加入者を含む)となっていた人は「出産育児一時金」又は「家族出産育児一時金」のいずれか一方のみの請求しかできません
- (3) (1)(2)に該当した方で、他の保険者から支給されている場合、豊田合成健康保険組合は支給しません(重複請求の禁止)

《添付書類》

- (1) 分娩にかかった領収書のコピー
- (2) 豊田合成健康保険組合の被保険者の資格喪失後に出産し、豊田合成健康保険組合以外の保険に加入している場合は、現在加入の健康保険組合の資格情報のお知らせのコピー1部(資格取得年月日・保険者名・被扶養者氏名の記載されている部分)