健康保険　被保険者 家族　出産育児一時金 支給申請書

1　2

被保険者（申請者）記入用

提出日　　年　　月　　日

被保険者 申請者 情報

被保険者証の	記号（※）　　番号 保険証記号番号ご記入の場合、下欄（＊）のﾏｲﾅﾝﾊﾞｰの記入は不要です。	生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日
事業所名（会社名）		所属	室・課
氏名	（フリガナ）		
住所	（〒　　－　　） 都 道 府 県		
電話番号（日中の連絡先）	自宅　（　　）	携帯	（　　）

振込先指定口座（被保険者名義）

金融機関名称（ゆうちょ銀行以外）	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（　　）		本店 支店 出張所 本所 支所
預金種別	□ 1．普通　2．当座 3．その他（　　）	口座番号	左づめでご記入ください。
口座名義	▼カタカナ（姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字として左づめでご記入ください。）		

提出ルート　被保険者〈申請者〉⇒　医療機関（担当医）の証明 または、市町村の証明　⇒　被保険者　⇒　健保組合

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

（＊）

【被保険者のマイナンバー記載欄】
・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認（免許証等コピー）をするための　添付書類（ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ通知ｶｰﾄﾞのｺﾋﾟｰ、免許書等のｺﾋﾟｰが必要です。

注：マイナンバーを記入した申請書の提出は、社内メール時は「重要メール」、郵送時は「書留」等、記録を残せる方法にてご提出ください。

受付	入力	支払

豊田合成健康保険組合

＜帳票№203－12＞

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

1 2

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。
令和　　年　　月　　日

医療施設の所在地
医療施設の名称
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。
令和　　年　　月　　日

市区町村長名　　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。

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

注意事項

※記号欄は　10=豊田合成　11=健保　12=一榮工業　13=TGｳｪﾙﾌｪｱ　14=TGﾒﾝﾃﾅﾝｽ　15=TGﾛｼﾞｽﾃｨｸｽ　16=ﾃｸﾉｱｰﾄﾘｻｰﾁ
18=TG SPORTS　30=TGﾃｸﾉ　31=TGAP　32=ﾃｨｰｼﾞｰｵﾌﾟｼｰﾄﾞ　34=豊田合成東日本　35=豊田合成九州
40=豊田合成日乃出　41=海洋ｺﾞﾑ　50=豊信合成　90=任意継続

《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被保険者証のコピー1部（資格取得年月日・保険者・被扶養者氏名の記載されている部分）