

被保険者

被扶養者

## 出産育児一時金請求書

※直接支払制度、受取代理制度をご利用の方は申請不要です。

TOYO TIRE健康保険組合 理事長殿

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者 証の記号	被保険者 証の番号	被保険者の生年月日 年 月 日			
	フリガナ	従業員番号		事業所名称		
	氏名					
	住所	〒				
	被扶養者が出産す るための請求であ るときは、その者 分娩年月日	氏名		生年月日		続柄
		年 月 日		年 月 日		
		□ 生産 □ 死産 (妊娠 週)				
	分娩した医療機関	名称				
		所在地				
	①被扶養者の認定を受けた日から6ヶ月以内に分娩 した場合は、被扶養者が以前加入していた被保険者証の 記号・番号及び保険者名を記入	記号	番号	被保険者名		
②資格喪失後の分娩の場合は、ご主人の被保険者証の記 号・番号及び保険者名を記入	(保険者名)					
	TEL ( )					
他制度から分娩費を受けたかどうか	□ 受けた □ 受けていない □ 請求中					
資格喪失者は振込先を記入してください。	銀行名	支店名	種目	口座番号	名義人	
振込指定 金融機関			□ 普通 □ 当座		(フリガナ)	
委任状	上記の通り請求いたします。また在職期間中に係る申請の場合、本申請書に基づく給付金の受領を事業主に 委任いたします。 TOYO TIRE健康保険組合 理事長殿 令和 年 月 日 被保険者 住所 (申請者) 氏名					

市区町村長 又は 医師助産婦 の証明	年 月 日 生産、死産 ( 月) したことを 証明する	職名 住所 病院名 氏名	(印)
-----------------------------	-----------------------------------	-----------------------	-----

事業主証明欄	この申請書の内容が正しいことを証明します。 年 月 日 委任を受けた給付金の受領は貴健康保険組合との間で定められている方法で受け取ります。 この届出については、①または②の要件を満たしたものである。 事業所所在地 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 事業所名称 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。 事業主(代理人)氏名		
--------	--	--	--

健 保 記 入 欄	常務理事備考	事務長	担当者	支給金額
				円

受付日付印