

被保険者被扶養者

## 出産育児一時金請求書

被保険者・被扶養者が出産し、窓口で出産費用を全額支払った場合に提出してください。  
※直接支払制度をご利用の方は、申請不要です。差額がある場合は自動的に支払われます。  
被保険者記入欄に記入した後、医師・助産師または市区町村長の証明を受けてください。

被 保 険 者 記 入 欄	記号 番号	—	電話 番号	電話番号は日中連絡可能な連絡先		
	氏名					
	出産年月日	令和 年 月 日				
	家族が出産した場合					
	氏名					
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日				
	出生児氏名	①				
		②				
		③				
	給付金振込先	給与口座へ振り込みますので、給付金振込先の記入は不要です (但し、任意継続の方は、加入時に申告いただいた口座へ振り込みます)				
支払条件や添付書類等は裏面をご確認ください⇒						

医 師 ・ 助 産 婦 の 証 明 欄	出産日年月日	年 月 日	住所	
	正常出産又は異常出産の別	正 常 異 常	名 称	
	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎( 児)	医 師 名	
	生産又は 死産の別	<input type="checkbox"/> 生産	妊娠第 週 + 日	
<input type="checkbox"/> 死産		妊娠第 週 + 日	証 明 日 年 月 日	

《提出先》

トヨタ車体健康保険組合

2024.4月改定

1. 支払条件 被保険者または被扶養者が出産費用を全額自己負担した場合に支払われます  
(産科医療補償制度に加入する医療機関等の場合は50万円/人、未加入の場合は48万8千円/人)
2. 提出締切・支払日 原則、各月 15日到着分を翌月末に支払い、または 月末到着分を翌15日に支払い  
(5・8・1月の長期連休の場合は15日の支給日は20日になります)
3. 添付書類等
- |  |
|--|
| ①～③すべて添付してください   |
| ① 本請求書内の医師・助産婦の証明欄もしくは市区町村長の証明欄への証明                                    |
| ② 医療機関等から交付された出産費用の領収書・明細書の写し  |
| ③ 医療機関等から交付された直接支払制度の利用についての合意文書<br>(保険者名・被保険者氏名・妊産婦氏名・医療機関名等の記載のあるもの) |
4. その他 医師・助産婦の証明が外国語で作成されている場合は、日本語の翻訳文(翻訳者の氏名、住所等を記載したもの)を添付してください

※ 医師・助産婦の証明がある場合、市区町村長の証明は必要ありません。

出生に関する市区町村長の証明は下欄で証明を受けてください。	
市区町村長の証明欄	戸籍記載事項証明
	戸籍の表示 筆頭者 _____
	本籍 _____
	証明を求める事項 氏名 _____
	令和 年 月 日生
	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 氏名

### 健康保険組合 記入欄

健康組合記入欄	<input type="checkbox"/> 被保険者が資格喪失後に出産した場合	出産日が資格喪失日の6ヶ月以内であるか	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
	<input type="checkbox"/> 認定前に健保の資格を有していた配偶者が分娩した場合	出産日がその資格喪失日より6ヶ月以上経過しているか	<input type="checkbox"/> いる	<input type="checkbox"/> いない
	支払額	50万円× 人 = 万円 48.8万円× 人 = 万円	支払年月日	令和 年 月 日