

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。

記号 番号	1	—	12345	電話 番号	〇〇〇-△△△△-××××	
電話番号は日中連絡可能な連絡先						
被 保 険 者 記 入 欄	氏名	健保 太郎				
	出産年月日	令和 5 年 6 月 4 日				
	家族が出産した場合					
	氏名	健保 花子				
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 6 年 8 月 6 日				
	出生児氏名	①	健保 一郎			
		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	『医師の証明欄』 この欄には必ず医師に記入してもらってください。		
	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(児)	※手元に戻ってきましたら、誤りや記入漏れがないことを確認してください。 誤りがある場合は、医師に訂正を依頼してください。 (被保険者自身での変更は不可)		
	生産又は死産の別	<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