

記入例

健康保険証に記載されている
番号をご記入ください

健保組合 使用欄	受付日	年	月	日
	常務理事	事務長	担当	担当

豊田通商健康保険組合 宛

出産育児一時金（付加金）請求書

【直接支払制度を利用しない場合（出産費用全額を負担した場合）】

被 保 険 者 情 報 欄	申請日	2024 年 4 月 1 日			
	電話番号	〇〇〇-△△△-××××			
	保険証 記号	フリガナ	ケンポ タロウ		
	番号	被保険者 氏名	健保 太郎		
	1234	5678			
	出生年月日	2024 年 3 月 30 日		死亡のとき はその旨	
	出生した場所	医療施設等の名称 〇〇〇産婦人科 医療施設等の所在地 〒			
	家族が出産した場合	氏名	健保 花子	生年月日	1990 年 8 月 1 日
	出生児の氏名	健保 一郎		出生児の 生年月日	2024 年 3 月 30 日
	出生児が被扶養者 かどうか	被扶養者で	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	出生児が被扶養者で ないときはその理由	
医療機関発行の領収書に明記されている、あなたが窓口で支払った金額	514,000 円				
出産者が家族の場合、扶養認定を受けた日から出産日までが6ヵ月以内ですか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
委任状	給付金の受領を事業主に委任します。事業主経由でお支払いします。 上記のとおり申請します。 2024 年 4 月 1 日 被保険者住所 〒 〇〇〇-△△△△ 愛知県名古屋市中区〇〇〇△△△△×××× 被保険者氏名 健保 太郎 健康保険組合理事長 殿				
振 込 先	・委任した時は振込先の記入不要 ・任意継続被保険者は給付金振込口座にお振込みします <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 本・支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 口座番号				
口座名義人	(フリガナ)				
	(漢 字)				
医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 証 明 欄	出産年月日	年 月 日	生産・死産の別 <input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠第 月又は第 週)		
医療機関または市区町村窓口にて証明 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。 誤りがある場合は訂正を依頼してください。（被保険者自身での変更は不可） 上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 市区町村長名					
注 意 事 項	支給の時期	療養費の支給は、毎月20日（土日祝の場合は翌平日）までに審査が完了した申請を翌月10日（金融機関休業日の場合は前平日）に、事業所に支給します。 ※任意継続被保険者は、直接給付金振込口座にお振込みします。			
	支給決定通知書	支給月の10日頃からマイヘルスプラスにてダウンロードいただけます。 http://toyotsu.or.jp/kenpo/			

◆申請ルート◆ 申請者→健保組合

2024年6月改