

※裏紙使用禁止・A4印刷限定・修正液、修正テープ禁止（修正は修正箇所を二重線で消し、記入）

送付先	社内便の場合	TOTO株式会社 本社 TOTO健康保険組合 宛
	郵送の場合	〒802-8601 福岡県北九州市小倉北区中島2-1-1 TOTO健康保険組合 宛
問合せ先	電話番号	(内線)7-11-2182 / (外線)093-951-2182

## 健康保険 出産育児一時金等支給申請書（受取代理用）

◆下記条件に全て該当する方は、出産予定日2か月前から出産前までに、本申請書と併せて添付資料（★）をご提出ください。

- ①妊娠4ヶ月(13週)以降の出産予定
- ②受取代理制度を利用している医療機関で出産予定

※退職者（記号：105）の方は、社員番号は記入不要

被 保 険 者	保険証の 記号・番号	記号	番号	社員番号	連絡先	(内線) - -
	氏名	(フリガナ)		住所	(外線) - -	

出 産 予 定 対 象 者	出産予定者 氏名	(フリガナ)	出産予定者 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (          胎 )	被保険者との 続柄	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)
	出産予定日	令          年          月          日	出産予定数			
	出産予定の 医療機関	<名称>	<所在地>			
	委任	下記医療機関等を代理人と定め、次の権限を委任します。 出産育児一時金等のうち、下記医療機関が委任者に対して出産に関し請求する費用の額*の受領に関すること ※出産育児一時金等の支給額を上限とする 令和          年          月          日          委任者名 (被保険者名) :				
	添付資料 (★)	<input type="checkbox"/> 出産を証明する書類の写し(母子手帳など)				
◆ 出産予定の方が次に該当する場合のみ、以下にご記入ください。 ・被保険者の方で、今回の出産が当健保組合資格喪失後6ヶ月以内の場合 ➡ 現在加入の健康保険の名称等 ・被扶養者の方で、今回の出産が当健保組合資格加入後6ヶ月以内の場合 ➡ 当健康保険組合加入前に加入していた健康保険の名称等						
健康保険 名称		連絡先	- -	記号	番号	
同一の出産について上記の健康保険より出産育児一時金を						<input type="checkbox"/> 受けない <input type="checkbox"/> 受ける予定

受 取 代 理 人 の 欄	上記出産者（令和          年          月          日出産予定）の出産育児一時金の受領に関し委任を受けました。 また、上記出産者は出産育児一時金等の医療機関への直接支払制度は利用しません。 令和          年          月          日          医療機関等 所在地 : 医療機関等 名称 : 医療機関等 連絡先 :					
	受取代理人に 対する 振込先指定口座	銀行名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 労働金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 信用金庫	支店名	
	種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座 番号	口座 名義人	(フリガナ)	

※医療機関等からの請求額が出産育児一時金の金額を下回る場合は、請求額を医療機関に支払い、請求額との差額を被保険者の口座に振込ます。

※この申請書を提出した後医療機関等を変更した場合および申請を取り下げる場合は、TOTO健康保険組合にご連絡ください。

「健保使用欄」  
受付日

対象 確認	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	資格 状況	<input type="checkbox"/> 加入中 <input type="checkbox"/> 喪失後6ヶ月以内の出産 ・被保険者であった ・退職前に1年以上加入	対象 確認	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎	支給 額	<input type="checkbox"/> 500,000 <input type="checkbox"/> 488,000	医療機関等	被保険者
----------	--	----------	--	----------	--	---------	--	-------	------