

1

記号・番号は保険証に記載されています。



2

出産予定日・出産予定数をご記入ください。

3

被保険者の氏名をご記入ください。

4

本申請書を送付される前に添付資料にモレがないかご確認の上、を行ってください。

6

出産予定の医療機関にご提出いただき、医療機関に振込先指定口座等をご記入いただいでください。

※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ヶ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、記号番号は記入不要

被保険者	保険証の記号・番号	記号 100 1 99999	社員番号	TOxxxxxx	連絡先	(内線) 7 - xx - xxxxx (外線) xxx - xxx - xxxxx
	氏名	トウトウ タロウ 東陶 太郎	住所	〒100 - xxxxx 東京都千代田区〇〇1-1-1		
出産予定者	氏名	トウトウ ハナコ 東陶 花子	出生年月日	昭和 1 年 2 月 1 日	被保険者との続柄	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(被扶養者)
	出産予定日	令和 4 年 4 月 1 日	出産予定数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input checked="" type="checkbox"/> 多胎 (2 胎)		
出産予定の医療機関	<名称>	XXクリニック				
	<所在地>	東京都中央区〇〇1-1-1				
委任	委任日	令和 4 年 3 月 1 日	委任者(被保険者名)	東陶 太郎		
添付資料	<input checked="" type="checkbox"/> 出産を証明する書類の写し(母子手帳など)					
健康保険名称	▲▲健康保険組合					
受取代理人の欄	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		
	振込先指定口座	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に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。

※健康使用欄

対象確認	資格状況	加入中	支給額	医療機関等	被保険者
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<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	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎	500,000 488,000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(R5.10改)

5

ご出産予定の方が下記いずれかの条件に該当する場合のみ、健康保険の名称等をご記入ください。

【条件】

- ・被保険者の方で、今回のご出産がTOTO健康保険組合を喪失後6ヶ月以内の場合
- ・被扶養者の方で、今回のご出産がTOTO健康保険組合を加入後6ヶ月以内の場合

※同一出産に対して、他の健康保険より出産育児一時金の支給を受ける予定の場合は、TOTO健康保険組合からの支給を受けることはできません。

出産育児一時金

被保険者または家族（被扶養者）が妊娠4ヶ月（13週）以降の出産をした場合に対象
※早産、死産、流産、人工妊娠中絶（経済的理由によるものも含む）も支給対象

【注意】

- ・本申請書は、ご出産予定日の2ヶ月前から前日までにTOTO健康保険組合にご提出ください。
- ・本申請書をご提出後に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。

TOTO健康保険組合

ホームページ

