

※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 出産育児一時金等内払金支払依頼書（差額申請書）

◆下記条件に全て該当する方は、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
- ②直接支払制度を利用している医療機関で出産
- ③出産費用が1児あたり50万円未満<sup>\*</sup>で収まった  
※産科医療補償制度未加入の医療機関で出産または、妊娠22週未満で出産された場合は、出産費用が48万8千円未満

※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) - -

出産者	氏名	(フリガナ)	出生年月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	年	月	日	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)
	出産日	令	年	月	日	出産児数	人	死産児数	人

出産対象者	出産した医療機関	<名称>	
		<所在地>	

添付資料（★）  
 医療機関等から交付され、『専用請求書の内容と相違ない旨』が記載された出産費用の内訳が記載された領収・明細書の写し  
※産科医療補償制度に加入している分娩機関で出産した場合、領収・明細書に『産科医療補償制度の対象分娩です。』との文言が明記されていることが必要

◆出産した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"/> 受けた/受ける予定					

### 出産育児一時金 制度について

		(R5.4月以降出産)		
制度	直接支払制度 利用	受取代理制度 利用	いずれも利用しない (海外出産等)	
出産費用	50万円未満	パターン①	パターン②	パターン③
	50万円以上	申請不要		

《各パターンの申請方法》

- ・パターン①：『出産育児一時金等内払金支払依頼書（差額申請書）』に添付資料をつけて申請 ④本申請書
- ・パターン②：『出産育児一時金等内払金等支給申請書（受取代理用）』に添付資料をつけて申請
- ・パターン③：『(直接支払制度・受取代理制度 非利用者)出産育児一時金申請書』に添付資料をつけて申請

《各制度について》 ※出産する医療機関等にどちらの制度を利用しているか、事前にご確認ください

- ・直接支払制度・・・出産育児一時金の額を上限に、出産後に健保組合から支払機関を通じて医療機関等へ出産費用を直接支払う制度 多くの医療機関で採用
- ・受取代理制度・・・出産前に被保険者が出産する医療機関等を代理人と定め、出産育児一時金の受け取りを医療機関等に委任する制度

《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	計算基礎	出産育児一時金	-	代理受取額	=	支給額
							500,000				
							488,000	-	,	=	,