

1 記号・番号は保険証に記載されています。



2 出産・死産児数をご記入ください。

※死産の場合は、妊娠からの週数をご記入ください。

3 ご出産された医療機関の名称・住所をご記入ください。

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。

※産科医療補償制度に加入している分娩機関で出産された場合、『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か併せてご確認ください。

※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 出産育児一時金申請書 （ 直接支払制度 受取代理制度 非利用者 ）

◆下記条件に全て該当する方は、出産後に本申請書と併せて添付資料（★）をご提出ください。（海外でのご出産を除く）

①妊娠4ヶ月(13週)以降の出産
②直接支払制度・受取代理制度を利用せず、医療機関等で出産費用を支払済

※退職者（記号：105）の方は、記号は記入不要

被保険者	保険証の記号・番号	記号 100 番号 99999	社員番号	TOxxxxxx	連絡先	(内線) 7 - xxx - xxxxx (外線) xxx - xxx - xxxxx
	氏名	(フリガナ) トノウ タロウ 東陶 太郎	住所	〒 100 - xxxxx 東京都千代田区〇〇1-1-1		
出産者	氏名	(フリガナ) トノウ ハナコ 東陶 花子	出産者生年月日	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 type="checkbox"/> 家族(被扶養者)
出産	日	令和 4 年 4 月 1 日	出産児数	2 人	死産児数	0 人
出産した医療機関	<名称>	××総合病院				
	<所在地>	東京都中央区〇〇1-1-1				
添付資料(★)	<input checked="" type="checkbox"/> ①医療機関等から交付される合意文書の写し ※「直接支払/受取代理制度に係る代理契約を医療機関等と締結していない旨」と「健康組合名」が記載されたものであることが必要 <input checked="" type="checkbox"/> ②医療機関等から交付され、『直接支払/受取代理制度』の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					
健康保険名称	▲▲健康保険組合					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 checked="" type="checkbox"/> 受けた/受ける予定

◆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、今回の出産が当健康組合資格喪失後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、今回の出産が当健康組合資格加入後6ヶ月以内の場合 → 当健康組合加入前に加入していた健康保険の名称等

医師・助産師による証明	出産日	令和 年 月 日	出産児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)	生産・死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 週)
市区町村長による証明	本籍			筆頭者氏名		
	母の氏名	出生児氏名				
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名 : _____					

※「健康使用権」

対象確認	本人	加入中	合意文書(写)	対象確認	単胎	支給額	500,000
	家族	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	領収・明細書(写)		多胎	支給額	488,000

5 ご出産された方が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。

※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た（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。

6 「医師・助産師による証明」もしくは「市区町村長による証明」のいずれかを受けてください。

※死産の場合は、医師・助産師に限って証明を受けてください。

※訂正が必要な場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を証明者（医師・助産師・市区町村長）より記入してもらってください。市区町村長による証明の場合は、二重線の近くにフルネームの署名または押印が必要です。

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

《時効》：出産日の翌日から2年

TOTO健康保険組合
ホームページ

