

出産育児一時金等内払金支払依頼書

豊田自動織機健康保険組合 御中

提出日 年 月 日

被 保 険 者 (請 求 者) 記 入 欄	保険証の 記号番号	記号	番号	被保険者 (請求者)氏名		⑩ シャチハタ可															
	連絡先 住所 電話番号	〒 -		都道 府県		自宅TEL () -	-														
	会社名																				
	所属																				
	退職(予定)日	年	月	日	←被保険者の方で退職した方、もしくはされる方は その日付を記入し下記振込先口座をご記入ください。																
	分娩日	年	月	日	出産児数	<input type="checkbox"/> 単胎		<input type="checkbox"/> 多胎()児													
	被扶養者が 出産の場合	氏名																			
	依頼額 (計算式)	出産育児一時金		—	出産費用		=	依頼額													
		例: 420,000円		—	400,000円		=	20,000円													
		円		—	円		=	円													
振込先 金融機 関	★振込先は会社を退職した方や任意継続の方のみご記入ください。																				
	銀行		信用金庫		農協		本店		支店		出張所		預金種目	普通	口座番号						
	銀行コード		支店コード		カタカナで記入																
	口座名義 (被保険者名義のみ)																ゆうちょ銀行は振込用の店名・口座番号をご記入ください				

★添付書類 出産費用明細書(コピー) ※出産日や出産児数の記載のあるもの

★出産育児一時金直接支払制度を利用された方で、出産費用が出産育児一時金を下回った場合にこの書類を提出してください。

★出産育児一時金の額(一児につき)

産科医療補償制度加入分娩	420,000円
産科医療補償制度未加入分娩	408,000円 (R3.12.31までは404,000円)

健 保 記 入 欄	決 裁 事 項	支給・不支給(理由)			
	対 象 者	被保険者・被扶養者			
	資格喪失日(対象者のみ)	年 月 日			
	出 産 児 数	単胎・多胎()児			
	産科医療補償制度	加入・未加入			
	出産育児一時金額	円			
	出 産 費 用	円			
	差 額 支 給 額	円			
	決	常務理事	事務長	GM	担当
	裁				

健保受付印

(R4.1.1改訂)

《出産育児一時金等内払金支払依頼書 注意事項》

- ★マイナンバーで申請したい方は健康保険組合までご連絡ください。
- ★ボールペンで記入し、書き損じた場合は訂正箇所には訂正印を押してください。

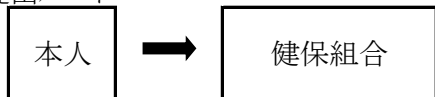
1.対象となる場合

- ・出産育児一時金 直接支払制度を利用された方で、出産費用が出産育児一時金を下回った場合にこの書類を提出してください。
- ・出産育児一時金は1児につき420,000円です。ただし、産科医療補償制度未加入分娩の場合は408,000円です。(R3.12.31までは404,000円)

2.添付書類

医療機関より交付された「出産費用明細書」のコピー（出産日・出産児数の記載があるもの）

3.提出ルート



4.締切日と支給日

締切日：**毎月20日**（20日が土日の場合はその前日）

支給日：20日までに健保組合に届いた分について**翌月給与支給日等**に事業所経由で振り込まれます。書類の不備や内容の調査によって支給が遅れる場合があります。ご了承ください。

5.個人情報保護について

ご記入いただいた個人情報は、健保組合からのご案内や保険給付金等の支払いに使用することがあります。詳しくは <https://www.shokki-kenpo.jp/policy/> をご覧ください。

お問い合わせ先	〒448-0847	愛知県刈谷市宝町8丁目1番地 豊田自動織機健康保険組合 医療保険グループ 外線 0566-21-7784 内線 70-4612
---------	-----------	--