

出産育児一時金支給申請書

被 保 険 者 記 入 欄	保険証の 記号・番号		-		事業所名						
	出産者氏名			生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		年 月 日		続柄	
	出産日		令和 年 月 日		生産 人 死産 人		死産の場合 妊娠からの日数		満 週 () 日		
	医療機関 等の情報		名称		所在地						
	該当者 のみ回答 該当に <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 出産した方がトッパングループ健保に「加入」してから6ヵ月以内の出産 <input type="checkbox"/> 出産した方がトッパングループ健保を「脱退」してから6ヵ月以内の出産		加入前または脱退後の 健保組合等の名称		記号・番号				
	給付金の受取 方法について 選択に <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 事業所払いを希望する（事業所経由で給与と併せて支給/支給日：事業所の給与支給日） <input type="checkbox"/> 本人払いを希望する（本人口座に直接支給/支給日：毎月2日、土日祝の場合はその翌日）		銀行・信用金庫 他 ()		本店・支店 他 ()				
			普通 <input type="checkbox"/> 口座番号				口座名義				
	トッパングループ健康保険組合理事長 殿 上記のとおり請求します。 また、給付金の事業所払い(受取代理)を選択した場合は事業主に給付金の受領に関する権限を委任します。 令和 年 月 日 住所 〒 氏 名 TEL										

証 明 欄 （ い ず れ か の 証 明 で 可 ）	医師等 による 証明		出産者氏名		出産日 令和 年 月 日						
	出生児の数 <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)		分娩の状況 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常						
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 所在地 名 称 氏 名 TEL										
	市区町村 による 証明		本 籍		筆頭者 氏名						
		母の氏名		出生児 氏名		出生 年月日		令和 年 月 日			
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 市区町村長名											

添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 領収書の写し（産科医療補償制度対象の場合は制度加入機関印が押印済であること） <input type="checkbox"/> 直接支払制度利用に関する医療機関との合意書の写し <input type="checkbox"/> 海外で出産の場合、出生証明書と第三者による翻訳文										
------------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

健 保 組 合	
決 裁	処 理

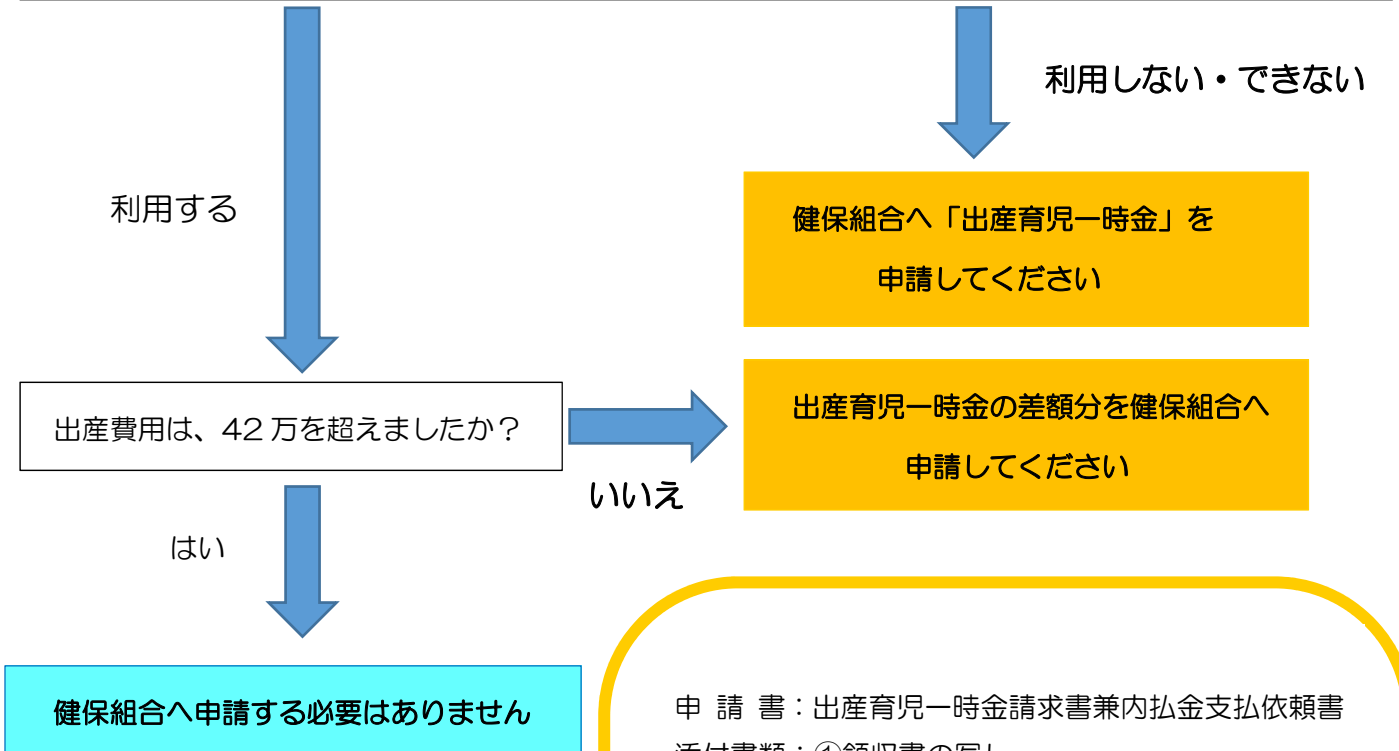
健保受付

事 業 所	
責任者	担当者

「出産育児一時金」請求書提出フローチャート

出産する医療機関で直接支払制度を利用する

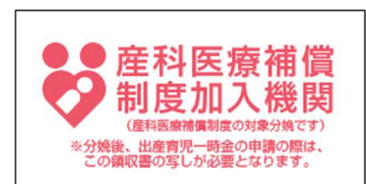
※「受取代理制度」を利用している場合は、提出する必要はありません。



申請書：出産育児一時金請求書兼内払金支払依頼書

添付書類：①領収書の写し

※産科医療補償制度対象の場合は
制度加入機関印が押印済であること



②直接支払制度利用に関する医療機関との合意書の写し

【注意】

海外で出産の場合は、出生証明書と
第三者による翻訳文