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	999 － 9999	事業所名	○○○○㈱		
出産者氏名	健保　花子	生年月日	☐昭和 ☑平成 5 年 4 月 3 日	続柄	妻
出産日	令和 4 年 3 月 2 日	生産 1 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 ○○○○ 産婦人科医院	所在地	埼玉県○○市○○3－3－33		

該当者のみ回答 該当に☑

☐ 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
☐ 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	
上記健保組合等への同申請について	☐ 申請した（申請予定）	☐ 申請しない	

給付金の受取方法について選択に☑

☑ 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）
☐ 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	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 4 年 5 月 15 日

住 所 〒 222－2222
埼玉県○○市○○2－2－202
氏 名 健保　弘志
TEL 222－222－2222

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	☐ 単胎 ☐ 多胎（ 児）	生産・死産の別	☐ 生産 ☐ 死産（妊娠 週）
分娩の状況	☐ 正常 ☐ 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

市区町村による証明

本 籍		筆頭者氏名	
母の氏名		出産日	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

直接支払制度を利用しない場合、いずれかの証明が必要です。

添付書類

☑ 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）
☑ 直接支払制度利用に関する医療機関との合意書の写し
☐ 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
担当者

赤 ・・・ 本人記入
緑 ・・・ 医師記入

TGK 2023.01