

給付支給決定伺							
支給金額	出産手当金	*	円	常務理事	事務長	係	台帳記入
支給決定	*	令和	年	月	日		

(* 枠内は組合記入欄です)

出産手当金支給請求書

兵庫トヨタ自動車健康保険組合理事長 殿

下記により「出産手当金」を請求します。

令和 1 年 5 月 25 日提出

① 被保険者証 記号・番号	34	1234	② 被保険者 の氏名・ 生年月日	女子社員ご本人の名前と生年月日 (昭和・平成 年 月 日生)		③	印
④ 被保険者の 住所と 電話番号	〒 () 女子社員ご本人の住所と電話番号			⑤ 事業所 の名称	ご本人の会社名		
⑥ 労務に服し なかった期 間	自平成・令和 31 年 2 月 10 日 去平成・令和 31 年 5 月 18 日		98日間	⑦ 分娩予定日 又は分娩日	予定 平成 31 年 3 月 23 日 分娩 令和		
⑧ 分娩した 場所	医療機関等の名称		分娩した病院名			自宅	
	医療施設等の所在地		分娩した病院の住所				
⑨ 出生児の 氏名	産まれた子の名前		男・女	⑩ 被保険者 との続柄	続柄	⑪ 備 考	

⑫ 振込金融機関名	預金種別	口座番号	受取人名
トヨタ 銀行 信託銀行 信用金庫 その他 東支店	普通 当座	5671234	(カ) 女子社員ご本人の名前

⑬ 医師、助産婦 の証明	ア 分娩予定日	平・令 年 月 日	エ 入院期間	自平・令 年 月 日 日間 去平・令 年 月 日
	イ 分娩日	平・令 年 月 日	オ 入院費用別	自費・健保・国保・その他
	ウ 出生児の数	人	上記のとおり相違ないことを証明します。	
	令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産婦名 印			

⑭ 事業主 証明欄	労務に服しな かった期間	自平・令 年 月 日 日間 去平・令 年 月 日	左記期間中に支給し た又は支給すること になっている報酬額	円
	上記のとおり相違ないことを証明します。			
	令和 年 月 日 事業所名称・所在地 事業主氏名 印			

標準報酬月額	* 千円	標準報酬日額	* 円	支給日数	* 自平・令 年 月 日 日間 去平・令 年 月 日
資格取得日	* 平・令 年 月 日	* 令和 年 月 日	現在在籍中	資格喪失日	* 平・令 年 月 日