

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 年 月 日提出

① 被保険者証 記号・番号		② 被保険者 の氏名・ 生年月日	( 昭・平 年 月 日生)			
③ 被保険者の 住所と 電話番号	〒 ( ) 支店 ( )					
④ 事業所の 名称						
⑤ 労務に服し なかった 期間	自 令和 年 月 日	去 令和 年 月 日	日間	⑥ 分娩予定日 又は分娩日	予 定 分 娩	令和 年 月 日
⑦ 分娩した 場所	医療機関等の名称					
	医療施設等の所在地					

⑧ 振込金融機関名	預金種別	口座番号	受取人名
銀行	普通		(カ)
信託銀行			
信用金庫	当座		
その他			

⑨ 医師、助産婦 の証明	ア 分娩予定日	令和 年 月 日	エ 入院期間	自 令和 年 月 日	日間
	イ 分娩日	令和 年 月 日		去 令和 年 月 日	日間
	ウ 出生児の数	単胎・多胎 ( 児)	オ 生産・死産の別	生産・死産 (妊娠 週)	
	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)				

⑩ 事業主 証明欄	労務に服しな かった期間	自 令和 年 月 日	去 令和 年 月 日	日間	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					
	事業所の名称・所在地					
	事業主氏名					

標準報酬月額	* 千円	標準報酬日額	* 円	支給日数	* 自 令和 年 月 日	去 令和 年 月 日	日間
資格取得年月日	* 平成 年 月 日	* 令和 年 月 日	現在在籍中	資格喪失年月日	* 令和 年 月 日		