

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	* 平成	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。

平成 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 印
④ 被保険者の 住所と 電話番号	〒 () ー Tel () ー	⑤ 事業所 の名称		
⑥ 労務に服しな かった期間	自平成 年 月 日 去平成 年 月 日	⑦ 分娩予定日 又は分娩日	予 定 分 娩	平成 年 月 日
⑧ 分娩した 場所	医療機関等の名称 医療施設等の所在地			自宅
⑨ 出生児の 氏 名		男・女	⑩ 被保険者 との続柄	⑪ 備 考

⑫ 振込金融機関名	預金種別	口座番号	受取人名
銀行 信託銀行 信用金庫 その他	普通 当座	支店	(カ)

⑬ 医師、助産婦 の 証 明	ア 分娩予定日	平成 年 月 日	エ 入院期間	自平成 年 月 日 去平成 年 月 日	日間
	イ 分娩日	平成 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。		
	平成 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	自平成 年 月 日 去平成 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。 平成 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	* 自平成 年 月 日 去平成 年 月 日	日間
資格取得日	* 平成 年 月 日	* 平成 年 月 日	現在在籍中	資格喪失日	* 平成 年 月 日	