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	〒　－　TEL（　）　－			
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 至 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 信託銀行 信用金庫 その他	支店	普通 当座		(カナ)

⑨				
	ア. 分娩予定日	令和　年　月　日	エ. 入院期間	自 令和　年　月　日 至 令和　年　月　日　日間
	イ. 分娩日	令和　年　月　日	オ. 入院費用区分	自費・健保・その他
	ウ. 出生児の数	単胎・多胎（　児）	カ. 生産・死産の別	生産・死産（妊娠　週）
医師、助産婦の証明	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　㊞			

⑩				
	労務に服しなかった期間	自 令和　年　月　日 至 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
事業主証明欄	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 至 令和　年　月　日　日間
資格取得年月日	＊ 平成 令和　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	