

| 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 6 年 2 月 15 日提出

| | | | | | | |
|------------------------|-------------------|------------------|------------------------|------------------------------|------------------------|----|
| ① 被保険者証 記号・番号 | 131 | 2358 | ② 被保険者 の氏名・ 生年月日 | 健保 花子 (昭・平 2 年 6 月 24 日生) | | |
| ③ 被保険者の 住所と 電話番号 | 〒 655 - 0000 | | TEL (078) 708 - 0000 | | 神戸市垂水区〇〇町1-2-3 | |
| ④ 事業所の 名称 | トヨタ△△△△△△株式会社 | | | | | |
| ⑤ 労務に服し なかった 期間 | 自 令和 5 年 11 月 3 日 | 去 令和 6 年 2 月 8 日 | 98 日間 | ⑥ 分娩予定日 又は分娩日 | 予定 令和 5 年 12 月 14 日 | 分娩 |
| ⑦ 分娩した 場所 | 医療機関等の名称 | | ××××産婦人科 | | | |
| | 医療施設等の所在地 | | 神戸市中央区〇〇町5-6-7 | | | |

| | | | |
|-------------------------------|----------|---------|----------------------|
| 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 | 1234567 | (カ) ケンポ ハナコ 健保 花子 |

| | | | | | |
|-----------------|---------------------------------------------------------------|-------------|-----------|----------------|----|
| 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 | 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 | 日間 | 去 令和 年 月 日 |
| 資格取得年月日 | * 平成 年 月 日 | 令和 | * 令和 年 月 日 | 現在在籍中 | 資格喪失年月日 | * 令和 年 月 日 | |