

健 保 組 合 記 入 欄	支払年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	係長	係員	
	資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日					
	資格喪失日	令和 年 月 日					
	分娩予定日	令和 年 月 日	標準報酬月額	円			
	分娩日	令和 年 月 日	標準報酬日額	円			
	支給期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	計 算 式	円×2/3× 日		
				支 給 額	円		
不支給期間 その理由	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	(備 考)			入力No.	
	(/ ~ 日間 有休) (/ ~ 日間 出勤) (/ ~ 日間 会社休日控除無)						

出産手当金支給申請書

◆ ボールペン(フリクション・鉛筆不可)で太枠内全てご記入下さい。

被 保 険 者 (請 求 者) 記 入 欄	被保険者証	記号一 番号	従業員No.	フリガナ	生年月日	
				氏名	昭和 平成 令和 年 月 日	
	被保険者住所	〒 - TEL () -				
	事業所名	トヨタ紡織(株)	その他の事業所	所 属		
	分娩日	令和 年 月 日	下記休んだ期間中における 傷病手当金の請求の有無	あり・なし		
	分娩のため 休んだ期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 まで 日間 (休日・有休を含む)				
	分娩医療機関		所在地			
	入院した期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間				
	給付金 振込先	1. 給付金の受領を委任するとき				
		委 任 状	私は上記給付金の受領を右記の者に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 (本人自署)			
	私は上記給付金の受領を左記の者より受任しました。 (受任者)					
	2. 振込先を指定するとき					
	注) 口座名義が被保険者名義でないときは法定相続人であることの証明として被保険者の戸籍(コピー可)を添付					
	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	フリガナ	
			普通・当座		口座名義	

※提出経路: 請求者→医療機関→事業主・事業所担当者 (TBはトヨタパーソナルサポート(株) 略称: TPSC 国内給与部)→健保組合

※支払日: 毎月20日 産前産後の期間中に申請を受付けた場合は、期間終了後の支給となります。

※問い合わせ先: トヨタ紡織健康保険組合 適用・給付グループ TEL (0566)26-0305 内線 811-3053

個人情報の保護について: この情報は健康保険の事業のみに使用し、その他の目的には使用致しません。

医師 又は 助産婦 の 意見書	① 被保険者氏名 (分娩者)			健康保険被保険者証 記号番号	—
	分娩者の住所				
	② 分娩予定年月日	令和 年 月 日	③ 分娩年月日	令和 年 月 日	
	④ 単胎又は多胎の別	単胎・多胎	⑤ 正常分娩又は異常分娩の別	正常・異常	
	⑥ 生産又は死産の別	生産・死産 (妊娠 ヶ月)			
	⑦ 上記の通り相違ありません。	証明年月日 令和 年 月 日			
	住所(所在地) 〒				
医療機関名					
医師名					
	㊟ (自署の場合は押印不要)				

事業所 証明欄	産前産後休業期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで 日間																																	
	上記休業期間における勤務状況および賃金支払状況等を記入してください																																	
	勤 態 状 況 に つ い て (出勤○ 欠勤(病欠)/ 有休△ 会社休日× でそれぞれ表示してください)										休日控除の 有無	賃金 支給日数を 記入																						
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	有・無	日
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	有・無	日
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	有・無	日
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	有・無	日
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	有・無	日
	上記期間中の 諸手当	家族手当		円	役付手当		円	日額																										
		月	食事手当	円	その他		円																											
		通勤手当	円	計		円																												
令和 年 月 日	上記の通り相違ありません。																																	
住所																																		
名称																																		
代表者																																		