

記入例

出産手当金（法定・付加）支給申請書

【出産の為に休みした時の休業補償の申請書】

コード
D1

トヨタ自動車健康保険組合理事長殿 **保険証の上部を確認し、ご記入ください。**

申請者の方は太枠内を記入してください

保険証の記号番号	記号	○ ○ - ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
	番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
被保険者氏名 (従業員)	健保 花子	
生年月日	昭 平 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日	
自宅住所	〒○○○-○○○ 支給決定通知書の送付先となります	
電話	自宅電話(○○○○) ○○ - ○○○○ 携帯電話(○○○) ○○○○ - ○○○○	
職場	在籍している部署名を記入してください	
	支社 課 係・組 電話(○○○○) ○○ - ○○○○	
予定日	令和 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日	
分娩日	令和 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日	

振込先	銀行 ○○○○ 信用金庫 ○○○○ 支店 農協 労働金庫						
	金融機関番号	○ ○ ○ ○	←番号を確認できる場合に記入				
	店番号	○ ○ ○	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座			
	口座番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○					
	口座名義 被保険者 (従業員)名義	カタカナで記入 ケンポ ハナコ					

<被保険者以外への口座振込>委任状を記入。印鑑は申請者・受任者とも異なる印鑑で捺印ください。

委任状

トヨタ自動車健康保険組合理事長殿
私は、出産手当金申請による給付金の受領を受任者に委任します。

お子様の口座には振込できません 月 日

申請者 (被保険者) 住所 _____
氏名 _____ ㊟

受任者 住所 _____
氏名 _____ ㊟

医師又は助産師の証明

多胎妊娠の有無 **医師または助産師の証明が必要です (母子手帳のコピー等は受理できません)**

出産区分 生産・死産 (妊娠 週 日)

この欄の記入事項に相違ないことを証明します
年 月 日

所在地 _____

医療機関名称 _____

医師又は助産師の氏名 _____ ㊟

組合処理欄												
支給期間											支給日数	
①												
②												
③												
控除期間							控除日数			控除額		
計												

事業主の証明欄

従業員コード

年 月 日から

で

始

本人記入欄ではありません。

**医師または助産師の証明を受けましたら、
担当人事・部総括担当にご提出ください。**

1

7

8

14

15

21

22

28

29

◇

度)

家

円

通

円

家

円

そ

円

そ

円

上

上

上

上

上

上

上

上

上

上

上

上

上

上

上

上

上

上

上

上

上

上

上

上

上

上

上

上

上

上

■お問い合わせ先■

〒471-0832 愛知県豊田市丸山町 6-22 トヨタ自動車健康保険組合 給付グループ
電話:(0565)28-0153 内線:(811)6-0561

2023年4月改訂