

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

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)						
生年月日	昭・平	年	月	日		
自宅住所	〒					
電 話	自宅電話()	-				
	携帯電話()	-				
職 場	支社		工場		部	
	室		課		G 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 農 協 労働金庫						支店
	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 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					

<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。	
	年 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	1. 有	分娩予定日	令和 年 月 日
	2. 無	分娩年月日	令和 年 月 日
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								対象の期間 (含む出勤・休日)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
従業員氏名								育児休暇開始日	令和 年 月 日より開始

【対象期間】 出産日(出産が予定日後のときは出産予定日)以前 42 日(多児妊娠の場合 98 日)から
 出産の翌日以後 56 日までを証明してください <証明期間はホームページから確認できます>

◇勤怠記入(産前産後休または育休× 出勤○ 年休△ 公休日□) ※カレンダーが足りない場合は、コピー等を添付。

(月)							(月)							(月)							(月)						
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28
29	30	31					29	30	31					29	30	31					29	30	31				

◇期間中の報酬金額	(月度)	(月度)	(月度)	(月度)
家族手当	円	円	円	円
通勤費補助	円	円	円	円
家賃補助	円	円	円	円
その他()	円	円	円	円
その他()	円	円	円	円

上記のとおり相違ないことを証明する。

証明日・部署名・連絡先・担当者印

令和 年 月 日
 所在地
 事業所名

証明日: 月 日
 部署名:
 連絡先: -



《担当者の方への注意事項》

- すべてボールペンでご記入ください。
- 対象期間の勤怠証明は、ホームページでご確認ください。
 トップページ-各種申請-給付金に関する申請-7.出産手当金支給申請書内 対象期間はこちら にあります。
- カレンダーの記入をお願いします。※各職場人事作成のカレンダー添付でも可
- 事業主印と担当者印を押印ください。部署名、連絡先の記入もれにご注意ください。
- 報酬の無い場合は0円とご記入ください。

《申請者の方への注意事項》

記入方法	太枠内をすべてボールペンでご記入ください
受給を受ける権利の時効	2年(時効起算日は労務に服さなかった日ごとにその翌日)
本人以外の口座へ振り込み	委任状欄の記入(被保険者、受任者の直筆)と押印が必要
医師又は助産師の証明	医療機関・助産院等にて証明(母子手帳等のコピーでは受理できません)
書面内容の確認	医療機関、事業主等に対し、支給決定に必要な情報の提示及び照会を行う場合があります。予めご了承ください。
支給日	<input type="checkbox"/> 毎月5・15・25日(支給日が土・日・祝日の場合はその前日) <input type="checkbox"/> 健保組合受付締切日は支給日 10 日前 ※ただし、産後 56 日経過後の支給となります。
支給日・支給額の連絡	支給決定通知書にてご案内※個人情報のためお電話での照会はお断りしております。
事業主の証明	事業主担当者にて記入。

※上記にかかわらず書類の不備や書面内容に確認が必要なときは、支給日が遅れます。予めご了承ください。

《申請書提出ルート》

本人 → 病院 → 本人 → 事業主担当者 → 健保組合