

| | | | | | | | | | |
|-----------|-------------|----|-----------------------------|------------|-------|----|---|------|-------|
| 健保処理欄 | 支払年月日 | | 請求に対する不支給期間とその理由 | 常務理事 | 事務長 | GL | 係 | | |
| | 支給金額 | | 年 月 日 から 年 月 日 まで [] | | | | | | |
| | 支給期間 | 産前 | 年 月 日 | ～ | 年 月 日 | 日間 | 計 | 資格取得 | 年 月 日 |
| | | 延長 | 年 月 日 | ～ | 年 月 日 | 日間 | | 資格喪失 | 年 月 日 |
| | | 産後 | 年 月 日 | ～ | 年 月 日 | 日間 | | | |
| 支給額計算式 | 法108条 減額 算式 | | | 標報月額 (-) | | 日額 | | | |
| 円 × 日 = 円 | | | | 千円 × ヶ月 | | 円 | | | |

トヨタ関連部品健康保険組合 御中

出産手当金請求書

AAA

| | | | | | | | | |
|------------|-------------|-----|-------|---------------|--------------|----------|--|--|
| 被保険者が記入する欄 | 被保険者証の記号・番号 | 記号 | 番号 | 事業所名 | | | | |
| | 被保険者(請求者)氏名 | | | | 被保険者(請求者)連絡先 | | | |
| | 生年月日 | 昭・平 | 年 月 日 | 電話番号 | - | - | | |
| | 分娩予定年月日 | 令和 | 年 月 日 | 分娩のため会社を休んだ期間 | 令和 | 年 月 日 から | | |
| | 実分娩年月日 | 令和 | 年 月 日 | | 令和 | 年 月 日 まで | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|--|-------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------|----|-------|--|----|----|----|----|----|------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|---|---------------------|---|
| 事業主が証明する欄 | 就労状況 (産休・欠勤…○ 出勤…△ 有給…/ 公休…×) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 年 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 | | | | |
| | 年 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 | | | | |
| | 年 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 | | | | |
| | 年 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 | | | | |
| | ※ 分娩予定日より早く生まれた場合は、実分娩日から起算してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 給与の種類 | 月給・日給月給・日給・時給 その他() | | | | | | | | | | 給与計算締日 | 日 | 給与支払日 | <input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 上記の期間を含む給与計算期間ごとの給与支払状況をご記入ください。(産後56日経過後の給与締日以降にご証明ください。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1ヶ月分の金額 | | / | ~ | / | / | ~ | / | / | ~ | / | / | ~ | / | / | ~ | / | / | ~ | / | / | ~ | / | / | ~ | / | / | ~ | / | / | ~ | / | / | ~ | 欠勤控除の計算方法を記入してください。 | |
| | 基本給 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 通勤手当 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | |
| | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | |
| | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 合計 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業主氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | |
|----------|--|--------------|---|---|---|------------------------|
| 病院が証明する欄 | 分娩予定年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 出生児の数 単胎(1名)・多胎(名) |
| | 実分娩年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | |
| | 出生・死産の別 | 出生・死産(妊娠 ヶ月) | | | | |
| | 上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関所在地名称 医師名 | | | | | |

| | | | | | | |
|-----|------------------------|-----|-------|------|--|--|
| 委任状 | 私は上記給付金の受領を下記の者に委任します。 | | | | | |
| | 令和 年 月 日 被保険者氏名 | | | | | |
| | 受任者 | 所在地 | 事業所名称 | 受任者名 | | |

【提出の流れ】 本人 → 病院 → 本人 → 会社 → 健保組合

備考 (個人番号:任意記入)