

# 出産手当金請求書

豊田自動織機健康保険組合 御中

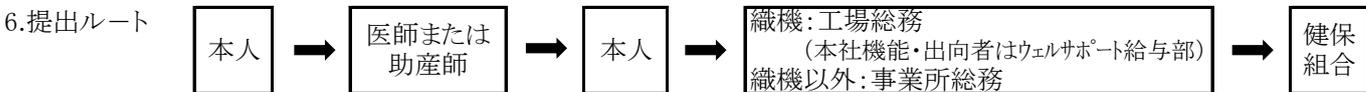
提出日 年 月 日

被 保 険 者 欄	被保険者証等の 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏 名							
	連絡先 住所 電話番号	〒	-	都道 府県	自宅TEL ( )	-	携帯TEL ( )	-			
	会社名				所属						
	出産予定日	年	月	日	出 産 日	年	月	日			
	出産児数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 ( 児)									
	<input type="checkbox"/> 勤務状況および賃金支給状況については、これを証明するため、事業主が被保険者に代わって、勤務状況表および 給与明細の写しを豊田自動織機健康保険組合に提出することに同意します。(同意するときは□に✓)										
	注1) 同意されないときは、該当月分の給与明細書と勤務状況表のコピーを添付してください。 ※注意事項5参照										
	退職(予定)日	年	月	日	←退職した方、もしくは退職予定の方はその日付を記入し 下記振込先口座をご記入ください。						
	<b>☆下記振込先は会社を退職した方や退職予定の方のみご記入ください。</b>										
	振 込 先	銀行コード	銀行 信用金庫 農 協	支店コード	本店 支 出 張 所	預 金 種 目	普通	口座番号			
口座名義 (被保険者名義のみ)		カタカナで記。					ゆうちょ銀行は振込用の店名・ 口座番号をご記入ください				

医 師 ま た は 助 産 師 欄	出産予定日	年	月	日	左記のとおり相違ないことを証明します。					
	出 産 日	年	月	日	医療機関	所在地	年 月 日			
	出産児数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 ( 児)				名 称				
	出産区分	<input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 週 日)				電話番号				
<small>※訂正箇所には必ず訂正印を押してください。                  ※医師氏名は自筆でご記入ください。自筆でなければ、押印が必要です。</small>					医師・助産師 氏名	(自筆)				

### 《 出産手当金 説明と注意事項 》

- ★データ入力またはボールペンで丁寧にはっきりと記入し、書き損じた場合は訂正箇所には訂正印を押してください。
- 1. 被保険者(任意継続は除く)が出産のために仕事を休み、報酬の全部または一部の支払いがないときに支給されます。
- 2. 支給期間は出産日(出産が予定よりも遅くなった場合は出産予定日)以前42日(多胎妊娠の場合は98日)から、  
 出産日の後56日までの間の範囲内で労務に服さなかった期間です。  
※出産予定日は自然分娩での場合の日がちです。帝王切開の手術予定日は分娩予定日ではありません。
- 3. 支給額は、1日につき標準日額の3分の2相当額です。  
また、事業主より、報酬の一部の支払いを受けている場合は支給額が減額調整される場合があります。
- 4. 添付書類: 請求期間の給与明細書と勤務状況表のコピー  
※添付する必要がない場合
  - ◆「事業主が本人に代わって健保組合に提出することについて」に同意したとき(被保険者記入欄の□に✓をした場合)
  - ◆退職後の継続給付請求(在職分については必要)
- 5. 提出、締切日と支給日  
 提 出: 産後休業終了月の給与締め日後  
 締切日: **毎月20日**(20日が土日の場合はその前日)  
 支給日: 20日までに健保組合に届いた分について**翌月給与支給日等**に事業所経由で振り込まれます。  
(産後休業終了日の属する月の事業主からの報酬が確定してからの支給となります。)  
書類の不備や内容の調査によって支給が遅れる場合があります。ご了承ください。



7. 個人情報保護について  
 ご記入いただいた個人情報は、健康保険組合からのご案内や保険給付金等の支払いに使用される場合があります。  
 詳しくは <https://www.shokki-kenpo.jp/policy/> をご覧ください。

お問い合わせ先	〒448-0847	愛知県刈谷市宝町8丁目1番地 豊田自動織機健康保険組合 医療保険グループ 外線 0566-21-7784 内線 70-4612
---------	-----------	--

# 出産手当金請求書

豊田自動織機健康保険組合 御中

事業主証明欄	被保険者証等の 記号・番号		記号	番号	被保険者名
	産前・産後休業期間		年 月 日から 年 月 日まで ( ) 日間		左記期間の給与支払状況(通勤手当含む)について、いずれかの □に✓し、勤務状況表と給与明細書(本人の同意がある場合)を 添付してください。  <input type="checkbox"/> 全額支給した <input type="checkbox"/> 一部支給した <input type="checkbox"/> 支給していない
	産前休業前 の出勤状況	出勤	年 月 日まで		
		有給休暇 等	年 月 日から 年 月 日まで		
	産後休業後 の出勤状況	育児休業	年 月 日から開始		※欠勤控除がある場合は計算方法を記入してください(別紙可)。
		出勤	年 月 日から開始		
		有給休暇 等	年 月 日から 年 月 日まで		
事業主証明欄に記入の内容は、事実と相違ないことを証明します。					記入者(担当)
年 月 日					
所在地					
事業所 名称					
代表者氏名 (織機の各工場は総務部GM以上)					
備考					

健 保 欄	決定事項	支給・不支給(理由)				日額	日数	金額
	資格喪失日	年 月 日 (健康保険法第104条該当者のみ)	報酬					
出産予定日	年 月 日							
出産日	年 月 日							
不支給期間	年 月 日 ~ 年 月 日 の ( ) 日間	報酬						
その理由	( 出勤・報酬が高い )							
今回 支給期間	年 月 日 ~ 年 月 日 の ( ) 日間	合 計						
備 考								
決 裁	常務理事	事務長	GM	担当	標準日額		円	健保受付印