

支給決定 伺	常務理事		事務長		係				
	資格関係	年	月	日	取得 喪失	標準 報酬	級	分娩年月日	
	支給期間	年	月	日から			支給 金額	年	月

受付日付印

## 出産手当金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号及び番号	—	標準報酬等級	級	事業所 の名称					
	分娩予定日	年	月	日	分娩の為に休んだ期間	年	月	日から	日間	
	分娩日	年	月	日		年	月	日まで		
	分娩の為に休んだ期間に報酬(賃金)を 受けましたか、又は受けられますか				ア. 受けた	イ. 受けていない	ウ. 受けられない			
	報酬を受けた時には、その期間と金額を記 入して下さい				年	月	日	から	の分として	円
	報酬を受けられなかった理由を記入して下 さい									

上記によって請求します。 年 月 日

被保険者の住所 〒  
TEL ( )  
氏名 (印)  
従業員No.

TOYO TIRE健康保険組合 殿

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	労務に服さなかった期間	年	月	日から	年	月	日まで	日間	
	上記の期間 中の分として 支払う報酬 関係	全額支給した場 合、又は支給す る場合	年	月	日	から	年	月	日までの分
		一部支給した場 合、又は支給す る場合	年	月	日	から	年	月	日までの分
		現在までも又将 来も支給しない 場合はその旨							

上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日

事業主 住所  
氏名 (印)

医 師 の 証 明	分娩予定日	年	月	日	単胎又は多胎の別	単胎	・	多胎
	分娩日	年	月	日	生産又は死産の別	生産	・	死産(妊娠 ヶ月)
	医療施設名称・所在地 医師及び助産婦氏名				(印)			

TEL ( )

委任状	
上記の出産手当金の受領を	に委任します。
年 月 日	被保険者氏名 (印)

・ 出産手当金は、女子被保険者が分娩の為勤務を休み、賃金を受けられない場合に支給されます。