

● 出産手当金の請求について ※請求書記入前にお読みください

2023.12 改定

1. 出産手当金とは

出産手当金は、女性被保険者(健保組合員本人)が出産のため会社を休んだことにより、給与(報酬)がもらえない場合に支払われるものです。

請求書はコチラ ⇒



2. 支払条件【該当するかチェックしましょう】

- (1) 女性被保険者が出産したこと(被扶養者(健保組合員家族)は対象外)
- (2) 妊娠4ヶ月(85日)以上の出産であること(早産・死産(流産)・人工妊娠中絶を含む)
- (3) 出産のため会社を休んでいること

3. 提出先

トヨタ車体の方 <div style="border: 1px solid black; background-color: yellow; padding: 5px; display: inline-block;">このページの右下に宛名ラベルを用意していますのでご活用ください</div>	トヨタパーソナルサポート(株) 【送り先住所】 〒450-0002 愛知県名古屋市中村区名駅4-9-8 センチュリー豊田ビル4階 トヨタパーソナルサポート株式会社 TY社会保険担当宛
トヨタ車体以外の方	お勤め先の人事・総務
退職者の方	トヨタ車体健康保険組合 【送り先住所】〒448-0002 愛知県刈谷市一里山町100番地 ウェルブラザ トヨタ車体健康保険組合宛

4. 支払日

原則、各月 15日到着分を当月末にお支払い、または 月末到着分を翌15日にお支払いします。(土日祝の場合は前日)
(5・8・1月の長期連休の場合は15日の支給日は20日になります)
※産後期間終了後に提出します

5. その他

- (1) 会社を退職後も、条件を満たしていれば引き続き当健保の出産手当金は支払われます。詳細は健保までお問合せください。(ただし、出産手当金付加金は支払われません)
- (2) 提出前に請求書に記載漏れがないかご確認ください。(記載漏れなどがあつた場合、書類を一度返却します)

6. お問い合わせ先

トヨタ車体健康保険組合 2 G 電話[外線]0566-36-3927 [内線]81-2755

450-0002
名古屋市中村区名駅4-9-8
センチュリー豊田ビル4階

トヨタパーソナルサポート株式会社
TY社会保険担当 御中

出産手当金・出産手当金付加金 請求書

女性の被保険者が出産のため仕事を休み、給料がもらえなかったときには「出産手当金」が支給されます。
被保険者記入欄に記入した後、医師・助産師の証明を受けてください。

被 保 険 者 記 入 欄	記号・番号	1 - 23456	電話番号	〇〇〇-△△△△-××××
	氏名	車体 洋子		
	出産予定日	令和 5 年 1 月 17 日	出産日	令和 5 年 1 月 15 日
	出産のため休んだ期間	令和 4 年 12 月 5 日 ~ 令和 5 年 3 月 12 日		
	上記期間のうち給与(報酬)を もらった期間(年休含む) <small>この期間の出産手当金・出産当 付加金は不支給または減額となります</small>	令和 4 年 12 月 5 日 ~ 令和 4 年 12 月 8 日		
給付金振込先	給与口座へ振り込みますので、給付金振込先を記入は不要です (但し、任意継続の方は、加入時に申告いただいた口座へ振り込みます)			

電話番号は日中連絡可能な連絡先

健康保険証の氏名の上に記載されているものをご記入ください

産前産後の全期間をご記入ください
(年休等も含んだ期間)

年休等で給与(報酬)をもらった期間をご記入ください

◇提出先

- ①トヨタ車体の方…トヨタパーソナルサポート(株) →トヨタ車体健康保険組合【送付方法は記入例をご覧ください】
- ②上記以外の事業所の方…所属事業所担当部署(人事・総務など) →トヨタ車体健康保険組合
- ③任意継続の方…トヨタ車体健康保険組合

医 師 ・ 助 産 師 の 証 明 欄	出産予定日	令和 年 月 日	出産日	令和 年 月 日	
	正常出産又は異常出産の別	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	生産	妊娠第 週 + 日	
	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎()	死産	妊娠第 週 + 日	
	入院して出産したときはその期間	住所			
	令和	※手元に戻ってきましたら、誤りや記入漏れがないことを確認してください。 誤りがある場合は、医師に訂正を依頼してください。 (被保険者自身での変更は不可)			
	令和	医師名			
入院費用の別	の証明	電話番号 () - ()			
<input type="checkbox"/> 健保	<input type="checkbox"/> 実費 <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> その他 ()	証明日	令和 年 月 日		

『医師の証明欄』
この欄には必ず医師に記入してもらってください。