

出産手当金・出産手当付加金請求書

(第 回目)

受 付 年 月 日	年 月 日
決 裁 年 月 日	年 月 日

常務理事	事務長		係	扶養確認

支 給 額		円
支給 内訳	出 産 手 当 金	円
	付 加 金	円
標準報酬日額 × 2/3		円
支 給 期 間 〔産後 産前産後〕	自 年 月 日 至 年 月 日 (日間)	

資格喪失後受給者	該 当 否 該 当
資 格 取 得	年 月 日
資 格 喪 失	年 月 日
標準報酬月額	円
前 回 〔 産 前 〕	自 年 月 日 至 年 月 日 (日間)

下記により請求いたします。

三重交通健康保険組合御中

被 保 険 者			出 生 児	
記号	番号	住所	続柄	
事業所名 (営業所名)		氏名	名前	

	請求時期及び 算定基礎期日	分娩前 → 分娩予定年月日	年 月 日
		分娩後 → 実分娩年月日	年 月 日
入院し分娩したとき	病院名	所在地	
分娩のための 休業期間	年 月 日 ~	年 月 日 (日間)	
上記中、報酬が 支給された期間 並びにその金額	年 月 日 ~	年 月 日 (日間)	円

医師または 助産師の 意見欄	分娩の時期	年 月 日分娩	年 月 日分娩予定
	分娩の状況	正常分娩 ・ 異常分娩	単胎 ・ 多胎 (児)
		生産 ・ 死産 (妊娠 か月)	保険診療 ・ 自費診療
	入院期間	年 月 日 ~	年 月 日 (日間)
<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>病院名</p> <p>(助産師)</p> <p>医師氏名</p> <p>電話番号</p>			

事業主記入欄	労働に服さな かった期間		年 月 日 から 年 月 日 まで	日間	
	上記の支 払う期間 中の報酬 の分と	全額支給 の場給合	年 月 日 から 年 月 日 まで	金 円 (日 額) (月 日 支払) (金 円)	
		一部支給 の場給合	年 月 日 から 年 月 日 まで	金 円 (日 額) (月 日 支払) (金 円)	
	支給しない 場合		月 日以降は、当事業所規則により、 現在までも又将来においても一切支給しない。		
	事業主	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日		

確認欄	この届出については①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者が作成したものである)。②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。
-----	--

委任状	私 年 月 日 金 円也の受領に関すること。	を代理人と定め、次の権限を委任する。 日に請求した出産手当金・出産手当付加金のうち
	年 月 日	
	被保険者の	住所 氏名
	代理人の	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名

振込希望 の銀行名	銀行	支店 (普通 当座 No.) 名義カカ
領収書	金 円也但し	
	上記の金額を領収いたしました。	年 月 日
	三重交通健康保険組合 理事長 殿	住所 被保険者の 氏名