

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 証		被 保 険 者		出 生 児	
記 号	番 号	住 所		続 柄	
				名 前	
事業所名		氏 名			

	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 ヶ月)	保険診療 ・ 自費診療
	入院期間	年 月 日 ~	年 月 日 (日間)
上記のとおり相違ありません。 年 月 日 所 在 地 病 院 名 (助 産 師) 医 師 氏 名 電 話 番 号			

事業主記入欄	労務に服さな期間 か っ た 期 間		年 月 日 から	日間
			年 月 日 まで	
	上記の支払う報酬関係	全額支給合	年 月 日 から	金 円 (日 額) の分 (月 日 支払) (金 円)
		一部支給合	年 月 日 から	金 円 (日 額) の分 (月 日 支払) (金 円)
支給しない合		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		上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日		
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号				

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

振込希望の銀行名	銀行	支店 (普通 当座 No.)	名義カタカナ
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		