出産手当金・出産手当付加金請求書

（第　　回目）

見本
グループ
（表面）

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	○○市××××○番○○号	続柄	長　女
××	○○○○○			名前	健保　愛
事業所名	○○株式会社	氏名	健保　みどり		

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	三重産婦人科医院	所在地	津市丸之内○番○○号
分娩のための休業期間	R○○年○○月○○日～		R○○年○○月○○日	（　９８　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

グループ見本（裏面）

事業主記入欄	労務に服さなかった期間		R○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 から R○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 まで　　９８ 日間
	上記の期間中の分として支払う報酬関係	全額支給の場合	年　月　日 から 年　月　日 まで　の分　金　円（　月　日支払）（日額　金　円）
		一部支給の場合	年　月　日 から 年　月　日 まで　の分　金　円（　月　日支払）（日額　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。　Ｒ３ 年 ４ 月 １２ 日 ※事業所所在地及び事業主氏名等をご記入ください。

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　○○株式会社　を代理人と定め、次の権限を委任する。

R○○ 年　○○　月　○○　日に請求した出産手当金・出産手当付加金のうち

金　　　　　　　円也の受領に関すること。

R○○ 年　○○　月　○○　日

被保険者の
住　所　○○市××××　○番○○号
氏　名　健保　みどり

代理人の
事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
※事業所所在地及び事業主氏名等をご記入ください。

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

空　欄

被保険者の
住　所
氏　名