

出産手当金・出産手当付加金請求書

(第 〇〇 回)

受付年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日

常務理事	事務長			係長 〇〇〇〇



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	〇〇	番号	〇〇〇〇〇	住所	〇〇市××××〇番〇〇号
事業所名 (営業所名)	〇〇株式会社		氏名	健保 みどり	
			続柄	長女	
			名前	健保 愛	

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	津市丸之内〇番〇〇号	
分娩のための 休業期間	R〇〇年〇〇月〇〇日 ~	R〇〇年〇〇月〇〇日	(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 か月)	
		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	労働に服した期間	ROO年 00月 00日 から ROO年 00月 00日 まで 98 日間
	給合	年 月 日 から 金 円 (日額) の分 年 月 日 まで (月 日支払) (金 円)
	給合	年 月 日 から 金 円 (日額) の分 年 月 日 まで (月 日支払) (金 円)
	支給しない合	00月 00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。 R7年 3月 7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 OO株式会社 を代理人と定め、次の権限を委任する。 ROO年 00月 00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。 ROO年 00月 00日
	住所 OO市×××× 0番00号 被保険者の氏名 健保 みどり
	事業所所在地 代理人の事業所名称 ※事業所所在地及び事業主氏名等をご記入ください。 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
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	<div style="border: 2px solid red; padding: 10px; display: inline-block;"> 空欄 </div>
	住所 被保険者の氏名	