

# 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 長	審査 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)

二見  
一本  
表文  
面通

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 <b>OO</b>	番号 <b>00000</b>	住所	<b>OO市×××××番OO号</b>	続柄	<b>長女</b>
事業所名 (営業所名)	<b>OO株式会社 OO営業所</b>	氏名	<b>健保 みどり</b>	名前	<b>健保 愛</b>

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 <b>三重産婦人科医院</b>	所在地 <b>津市丸之内〇番OO号</b>
分娩のための 休業期間	<b>OO 年 OO 月 OO 日～OO 年 OO 月 OO 日 ( 98 日間)</b>	
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

<b>二見 二重 裏交 面通</b> <small>労務・福利厚生の間</small>		<b>R00 年 00 月 00 日 から</b> <b>R00 年 00 月 00 日 まで</b>	<b>98 日間</b>
<b>主 記 入 欄</b>	全額支給	年 月 日 から 金 円 ( 日 額 ) 年 月 日 まで の分 ( 月 日支払 ) 金 円	
	一部支給	年 月 日 から 金 円 ( 日 額 ) 年 月 日 まで の分 ( 月 日支払 ) 金 円	
	中報の酬分関係と係	<b>00 月 00 日</b> 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。 <b>R7 年 3 月 7 日</b>  <b>※営業所は所長名又は部長名をご記入ください。</b>	

<b>確認欄</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	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。
------------	-------------------------------------	---

<b>委 任 状</b>	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	
	金		円也の受領に関する事。	
		年	月	日
		被保険者の 住 所		
		氏 名		
		事業所所在地	<b>空 桩</b>	
代理 人 の	事業所名称			
	事業主氏名			

<b>振込希望 の銀行名</b>	<b>OO 銀行 △△ 支店 ( 普通 当座 No. ××××× )</b> 名義カタカナ <b>ケンポ ミドリ</b>
<b>領 收 書</b>	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
	被保険者の 住 所 氏 名