

出産手当金・出産手当付加金請求書

(第 〇〇 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 氏 名
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	〇〇市××××〇番〇〇号	続柄	長女
××	〇〇〇〇			名前	健保愛
事業所名	〇〇営業所	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	事務に服する期間	な間	R00年00月00日から R00年00月00日まで	98日間
		支給合	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)		
	支給しない場合	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。 R3年4月12日 ※営業所は所長名又は部長名をご記入ください。		

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	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	空欄
	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	R00 銀行	△△ 支店 (普通当座 No. ×××××) 名義カタカナ	ケンポ ミドリ
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		
	被保険者の住所	R00市×××× R番R0号	
	氏名	健保 みどり	