

| | |
|---------|---------|
| 受付年月日 | 年 月 日 |
| 伺年月日 | 年 月 日 |
| 決裁年月日 | 年 月 日 |
| 支給支払決議書 | |
| 資格取得 | 年 月 日 |
| 資格喪失 | 年 月 日 |
| 前回 | 始 年 月 日 |
| | 終 年 月 日 |
| 支払年月日 | 年 月 日 |
| 不支給理由 | |

| | |
|---------|--------------------|
| 支給額 | 円 |
| 支給内訳 | 円 |
| 出産手当金 | 円 |
| 出産手当附加金 | 円 |
| 支給期間 | 年 月 日から 年 月 日まで 日間 |
| 標準報酬月額 | 円(第 級) |

出産手当金・出産手当附加金請求書 (第 回目)

被保険者の氏名欄に被保険者本人が署名(自署)したときは、押印が省略できます

| | | | |
|---|-----------------------------|--|-----------------|
| 年 月 日 | | | |
| 健康保険組合理事長殿 | | | |
| 住所 | | 豊島区池袋本町 ×-× | |
| 被保険者 | | 氏名 東武 花子 | |
| 下記のとおり請求します。 | | | |
| 被保険者証の記号番号 | 102 999××× | 事業所の名称 | 東武ストア |
| 分娩前後の別 | 後 | 分娩前に請求するときは分娩予定年月日 分娩後に請求するときは分娩予定年月日 と分娩のあった年月日 | 標準報酬等級月額 第 級 |
| 分娩のため休んだ期間 | 〇〇年 〇〇月 〇〇日から 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで | 分娩予定日 〇〇年 〇〇月 〇〇日 | 分娩日 〇〇年 〇〇月 〇〇日 |
| うえの期間の報酬(賃金)の全部または一部を受けたときまたは受けられるときはその報酬額および期間 | 年 月 日から 年 月 日まで 円 | | |
| 振込希望の銀行又は郵便局名 | △△ 銀行 〇〇支店 (普通当座 ××××) | | 郵便局 |

両方ご記入下さい

振込をご希望の場合
請求者ご本人名義の口座をご記入下さい

病院等に記入してもらって下さい

| | | | | |
|-------------|----------------|-------|-------------|---------------|
| 医師または助産婦の意見 | 分娩年月日 | 年 月 日 | 分娩単胎 (児) | |
| | 分娩予定年月日 | 年 月 日 | 分娩予定多胎 (児) | |
| | 正常分娩または異常分娩の別 | 正常 異常 | 生産または死産の別 | 生産 死産 (妊娠 ヶ月) |
| | うえのとおり相違ありません。 | | | |
| | 年 月 日 | 住所 | | |
| | (職名) | 氏名 | | |

印

