

支給決定伺

理事長	常務理事	事務長	担当者	支給期間	自 年 月 日	至 年 月 日	日間
				支給決定額	円		
				記入不要です			
同年月日	年	月	日	備考欄			
支給年月日	年	月	日				

出産手当金請求書 (第 回)

被保険者の記号番号	記号 ○○○○ 番号 ○○○○	被保険者の氏名	東洋 花子
被保険者の住所	〒 ○○○-○○○○ 東京都○○区○○町○丁目○-○		
被保険者の電話番号	○○-○○○○-○○○○	生年月日	昭和 平成 ○年 ○月 ○日
事業所名称	東洋水産(株)○○事業所	被保険者の標準報酬月額	320 千円
資格取得日	昭和 平成 令和 ○年 ○月 ○日	資格喪失日	令和 年 月 日
この請求は分娩前のものですか、または分娩後のものですか		分娩前 ・ 分娩後	
分娩の日	令和 ○年 ○月 ○日	分娩予定日	令和 ○年 ○月 ○日
分娩のため休んだ期間	令和 ○年 ○月 ○日から 令和 ○年 ○月 ○日まで ○○ 日間		
上記期間に報酬を受けましたか、又は受けられますか	受けた ・ 受けない	報酬を受けたとき又は受けられるときは、その報酬額とその報酬額支払の基礎となった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日までの分として 円
入院して分娩したとき	入院した病院名	○○産婦人科医院	病院の住所 東京都○○区○○町○丁目○-○
	健康保険又は公費で入院した期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間	
	自費で入院した期間	令和 ○年 ○月 ○日から令和 ○年 ○月 ○日まで ○ 日間	
	被扶養者がいるときはその者	氏名 東洋 一郎	生年月日 平成 令和 ○年 ○月 ○日生
本請求は、事業所経由であることに同意した上で請求します。 令和 ○年 ○月 ○日 東洋水産健康保険組理事長 殿 氏名 東洋 花子 印			【受付印】

振込口座を公金受取口座とする場合は本申請とあわせてホームページ掲載の「保険給付等の公金受取口座利用届」をご提出ください。

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
	全額支給の場合	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 支給金額 ①+② 円 (月 日支払) ①日 額 × 支給日数 円 ②通勤手当金 × 支給日数 円
	一部支給の場合	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 支給金額 ①+② 円 (月 日支払) ①日 額 × 支給日数 円 ②通勤手当金 × 支給日数 円
現在までも又将来までも上記の労務に服さなかった期間の報酬は支給 / する ・ しない		
うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 住所 事業主 名称 事業主が記入・捺印 印		

医師又は助産婦が記入するところ	分娩年月日	令和 年 月 日	分娩予定日	令和 年 月 日
	正常分娩又は異常分娩の別	正常 ・ 異常	生産又は死産の別	生産 ・ 死産(妊娠 ヶ月)
	出生児の数	単胎 ・ 多胎(児)	入院費用の別	健保 ・ 公費 ・ 自費 ・ その他
	入院の期間	自費	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間	
		健保	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間	
上のとおり相違ありません。 出産時の病院が記入し、証明してもらう 令和 年 月 日 医師 住所 助産師 氏名 連絡先 印				

委任状	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 令和 ○年 ○月 ○日 被保険者 住所 東京都○○区○○町○丁目○-○ (請求者) 氏名 東洋 花子 印			
	代理人 (事業所)	住所	事業主が記入・捺印 印	