

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	日間
					至	年	月	日	
				支給決定額					円
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) R3.7.1

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の 記号番号	記号	番号	被保険者の 氏 名						
	被保険者の 住 所	〒								
	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				被保険者の 標準報酬月額	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 受けられる ・ 受けられない	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	入院して 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			生年月日	続 柄			
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					【 受 付 印 】					
東洋水産健康保険組理事長 殿										
氏 名					(自署)					

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	労務に服さなかつた 期 間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	
	上の期間中 の分として支 払う報酬関 係	全額支給 の場合	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	の分 円 日額 円 (月 日支払)
		一部支給 の場合	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	の分 円 日額 円 (月 日支払)
		現在までも又将 来も支給しない 場合はその旨		
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				

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。 令和 年 月 日 医 師 住 所 助産師 氏 名 連絡先 印 *自署の場合は捺印の省略可				

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 (請求者)	住 所 氏 名	(自署)	
	代 理 人 (事業所)	住 所 氏 名		