

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
同年月日	年 月	記入不要です		備考欄			
支給年月日	年 月 日						

出産手当金請求書

(第 1 回) R3.7.1

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の 記号番号	記号 3000 番号 0000	被保険者の 氏 名	東洋 花子
	被保険者の 住 所	〒 000-0000 東京都00区00町0丁目0-0		
	被保険者の 電話番号	00-0000-0000	生年月日	昭和 0 年 0 月 0 日 平成
	事業所名称	東洋水産(株)00事業所	被保険者の 標準報酬月額	320 千円
	資格取得日	昭和 0 年 0 月 0 日 平成	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 0 年 0 月 0 日	分娩予定日	令和 0 年 0 月 0 日
	分娩のため 休んだ期間	令和 0 年 0 月 0 日から 令和 0 年 0 月 0 日まで 00 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	病院名	00産婦人科医院	病院の住所
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 0 年 0 月 0 日から令和 0 年 0 月 0 日まで 0 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 0 年 0 月 0 日生 続 柄 長男
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 0 年 0 月 0 日 東洋水産健康保険組理事長 殿 氏 名 東洋 花子 (自署)				【 受 付 印 】

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
	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 ¥ _____ (月 日支払) 日額 円
		一部支給 の場合	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで の分 ¥ _____ (月 日支払) 日額
現在までも又將 来も支給しない 場合はその旨		事業所にて記入	
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
		健保	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間		令和 年 月 日まで 日間
	上のとおり相違ありません		出産時の病院にて記入 令和 年 月 日 医 師 住 所 助産師 氏 名 印 連絡先 *自署の場合は捺印省略可		

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 0 年 0 月 0 日 被 保 険 者 住 所 東京都00区00町0丁目0-0 (請求者) 氏 名 東洋 花子 (自署)	
	代 理 人 住 所	事業所にて記入
	(事業所) 氏 名	