

# 出産手当金・出産手当金付加金 請求書

(第 回目) 申請日 年 月 日

健 保 組 合			事業所 確認者名
常務理事	事務長	担当	

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	記号一番号	—	氏 名 及び 生年月日	(フリガナ)	昭・平 年 月 日生
	住 所	〒 電話(携帯)番号 — —			
	事業所 (店)名			所属	
	出産予定日	年 月 日	出産日	年 月 日	
	出産のために休んだ期間	年 月 日 から 年 月 日 までの 日間			

医 師 ・ 助 産 婦 が 記 入 す る と こ ろ	出産予定年月日	年 月 日	出産年月日	年 月 日	
	正常・異常の別	<input type="checkbox"/> 正常 ・ <input type="checkbox"/> 異常		出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 ・ <input type="checkbox"/> 多胎( 児)
	生産・死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 ・ <input type="checkbox"/> 死産(妊娠 日・週・月)			
	上記のとおり相違ありません				年 月 日
住 所 医療機関名 医師又は助産婦の氏名					

事 業 所 が 証 明 す る と こ ろ	労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日までの 日間				
	上記の期間中 の分として 支払う報酬	全部支給	自 年 月 日	至 年 月 日	日分 日間	円 月 日支払 円 日額 円
		一部支給	自 年 月 日	至 年 月 日	日分 日間	円 月 日支払 円 日額 円
	支給しない					事業所確認者名
	上記のとおり相違ないことを証明します。					年 月 日
事業所所在地 事業所名称 代表者名						

委 任 状	年 月 日				
	私は事業主を代理人と定め、次の権限を委任する。				
	年 月 日に請求した出産手当金・出産手当金付加金の受領に 関すること。				
	被保険者の住所  氏名  代理人(事業主)の住所 名称 氏名				

受付印
-----

資格取得日	年 月 日	資格喪失日	年 月 日
標準報酬月額 (日額)	千円 ( )	支給額	円
支給期間	～ 日間	法定給付	円
支給日	年 月 日	付加給付	円