

支給決議書	同年月日		平成 年 月 日				常務理事	事務長	会計	係
	支払年月日		平成 年 月 日							
	支 払 額			拾万	万	千	百	拾	円	
	支給内訳	法定	健康保険組合 記入欄				日	前	始	年 月 日
		付加								
	支給期間	法定	平成 年 月 日～平成 年 月 日 日間				標準報酬月額	円	入院期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間
付加		平成 年 月 日～平成 年 月 日 日間								
分娩の日		平成 年 月 日								

出産手当金・出産手当金付加金 請求書 (第 回目)

被保険者が記入するところ	① 被保険者証の記号・番号		記号	番 号	②被保険者の氏名と印		(フリガナ) ナカムラ ハナコ
			保険証をご覧ください		中村 花子		印
	③ 被 保 険 者 の 住 所		〒 1 5 1 - 〇〇〇〇 東京都渋谷区笹塚 1 - 1 - 1 TEL (0 3) 3 4 8 1 - 〇〇〇〇				
	④ 事業所の名称		株式会社 中村屋				
	⑤ 被保険者の資格を取得した日		保険証の資格取得年月日を記入して下さい。		⑥ 被保険者の標準報酬月額		円
	(A) この請求は分娩前のものですか、分娩後のものですか		分 娩 前 ・ 分 娩 後				
	⑦ (B) 分娩前のときは、分娩予定日、分娩後のときは、分娩の日		平成 2 4 年 1 月 2 3 日 分娩 平成 2 4 年 1 月 2 6 日 分娩予定				
	⑧ 分娩のため休んだ期間		平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間				
	⑨ (A) うえの⑧に書いた期間分の報酬(賃金)を受けましたか、又は受けられなかったか		円				
	(B) 報酬支払を受けたとき又は受けたときは、その報酬の額とそれに基づき支払った額支払の基礎となった(なる)期間		円				
⑩ (A) 入院して分娩しましたか、入院しないで分娩しましたか		入院分娩 ・ 入院外分娩					
入院して分娩した時	(B) 病院又は産院名	病院又は産院の所在地					
	入院した期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間					
	自費で入院しましたか	自費 ・ 健保 ・ その他		被扶養者がおりますか		い る ・ い ない	
	健康保険で入院しましたか						
被扶養者がいるときは、その者の		氏 名		生 年 月 日		被保険者との続柄	
⑪ 委任状		私は、下記に記載の事業所を代理人と定め、上記のとおり請求した出産手当金及び出産手当金付加金の支払を依頼します。					
この欄は必ず記入して下さい。 振り込みは会社経由となりますので、代理人氏名は【株式会社 中村屋】と記入して下さい。							

事業主が証明するところ	⑫ 労務に服さなかった期間		平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間				
	⑬ うえの期間中 の分として支払う報酬関係	全額支給した場合 又は支給する場合	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで の分 金 円 日額 (月 日支払) 金 円				
		一部支給した場合 又は支給する場合	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで の分 金 円 日額 金 円				
		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。平成 年 月 日 住 所 〒 事業主 氏 名 印 電話 (局) 番						

医師又は助産婦が意見を書くところ	⑭ 分娩年月日又は分娩予定年月日		平成 年 月 日 分 娩 平成 年 月 日 分 娩 予 定	
	⑮ 分娩後の時は正常分娩又は異常分娩の別	正常 ・ 異常	⑯ 分娩後の時は生産又は死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 ヶ月)
			⑰ 単胎又は多胎の別	単 胎 多 胎
	⑱ 入院して分娩した時はその期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間		入院費用の別
うえのとおり相違ありません。平成 年 月 日 住所(所在地) 〒 医 師 医療機関名 氏 名 印 電話 (局) 番				

支払金融機関の欄	支払区分	1 : 振 込			銀行										本店 支店	
	記入しないで下さい。															郵便局
金融機関																
口座番号																

【注意事項】

1. 訂正した場合は、必ず訂正印を押して下さい。

2. 提出された請求書については、返却・写しの送付等は一切致しません。(書類不備の場合を除く)

【個人情報保護に関して】

※個人情報保護ポリシー（基本方針）に則り、取り組みを推進しています。

※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。

〒151-0073 東京都渋谷区笹塚 1 - 5 0 - 9 中 村 屋 健 康 保 険 組 合

TEL:0 3 - 3 4 8 1 - 5 5 6 0 FAX:0 3 - 5 4 5 4 - 7 1 4 7