	伺	年月	日				年	J	月	日	常務理	里事	Ę	事 發	5 長	4	<u>></u>	計		係	
	支払年月日				年	J	月	目													
支給	支 払 額				拾					1/20 11											
	支給内訳	法定	款	項	目		健康	保険	保険組合 記入欄		野豆火	±	年	月	日	前	始		年	月	日
決		付加					NL/AC	V N ID C					年	月	日	旦	終		年	月	日
議書	支給報	法定	4	年	月					13. IF	日陋	額	入院			年		月	日か		
	期間	付加	4	手 月 日		日~	年	月	日	日間					期		4	丰	月		で
	5) 娩	のほ	1			年	月		日				円	間						日間

		/II PA +V ==	出 産 =	手当金・ と 番 号	出産手当金	()		求書	7	(第	回目)
		保 険 者 証 記号・番号			②被保険者の 氏 名 と 印		中村 花子				
被保険者が記入す	③ 被	保険者の住所	Ī	_			Tel	())	_	
	④ 事	業所の名称	: 中村屋								
	⑤ 被保険者の資格を取得した日 保験証の資格取得日を記入して下さい ⑥ 被保険者の標準報酬月初										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 娘	自前	· 分 匆	免後
	7	B)	のときは、タ のときは、タ	分娩予定日、 分娩の日					分娩 公娩予定	7	
	⑧ 分	娩のため 休	んだ期間 🕻	年	月 日	から	年	月	日まで	5 目	間
	9	A) を受け 報酬支 B) るときり	ましたか、2 仏を受けたる は、その報酬	 とき又は受	↑ 休日や有給な 産休を取った。			から計		れない 円	
る										入院外分	娩
ال لا	(B)	病院又は 産院名				は産院 在 地					
ろ	入 院		た期間	年	月 E	から			日ま	で 目	l 間
	して分娩	- 自費で入院しました			自費・ 健保	そのf	他	按 扶養者 が 3りますか 	いる・いな		ない
	した	被扶養者	音がいる	氏	名	生	年 /	月 日	被保険者との		続柄
	時	ときは、	その者の								
	① 委	私 <u>计</u> 金	振り込	この欄に みは会社経	代理人と定め 上記のとおり請求した出商 は必ず記入して下さい。 由となりますので、代理人氏名は 中村屋】と記入して下さい。					/ 受付日	付印
被保障	盆老のマ	イナンバー記載	楣								

(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

		に服さな		年		月日	日	から		D 88	
	カュイ	った期間		年	-	月	日	まで		日間	
事	13	全額支給した			手 月		日から	の分	金	円日額	
業	うえの	又は支給する	る場合	4	手 月		日まで		(月	日支払)金	円
事業主が	期間中	一部支給した	た場合	4	手 月		日から	の分	金	円 日額	
証	の分と して支 払う報	又は支給する	る場合	4	丰 月		日まで	V))		金	円
明土		現在までに	も又将								
すっ		来も支給し	ない場								
ると	酬関係	合は、そ	の旨								
ک	うえの	りとおり相違	ないこと	を証明し	ます。					年 月	日
ろ		住 所 〒									
	事業主	È									
		氏 名							電話(局)	番

医師品	④ 分娩年月日又は 分娩予定年月日		年 年		日 分		
又は助産	⑤ 分娩後の時は正常分娩又は異常分娩の別	正常 • 異常		の時は生産 E 産 の 別	生産 ・ 死産	産(妊娠	ヶ月)
煌 婦	7 16 7 11 71 //2 77 1		① 単胎又は	は多胎の別	単 胎	多 胎	
が意見	® 入院して分娩した時はその期間	年 年	月 日から 月 日まで	日間	入院費用の別	健 保・公 費・	自 費 その他
又は助産婦が意見を書くところ	,—/// V/ 1.— <u>—</u> /	せん。 〒				年 月	日
ころ	医 師 医療機関名 氏 名		(電	話(局)	番

支		1:振 込 銀行	本店
支払金融機関	支払区分	2: 3:	支店
機盟		4: 記入しないで下さい。	郵便局
	金融機関コード		
欄	口座番号	口座名義	

【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1-50-9 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