

支給決定伺	常務理事		事務長		係		
	資格関係	年	月	日	取得	標準報酬	級
	支給期間	年	月	日から	年	月	日まで

受付日付印

TR社員は給与の支給があるので申請はできません。但し日給月給者は申請できます。

見本

出産手当金請求書

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号及び番号	11 — 12345	標準報酬等級	級	事業所の名称	TOYO TIRE(株)本社
	分娩予定日	2018年6月30日	分娩の為に休んだ期間	2018年5月23日から 2018年8月28日まで 98日間		
	分娩日	2018年7月3日				
	分娩の為に休んだ期間に報酬(賃金)を受けましたか、又は受けられますか	ア. 受けた <input checked="" type="radio"/> イ. 受けていない <input checked="" type="radio"/> ウ. 受けられない				
	報酬を受けた時には、その期間と金額を記入して下さい	年 月 日 から 年 月 日 までの分として 円				
	報酬を受けられなかった理由を記入して下さい	日給月給者のため				
上記によって請求します。 2018年8月22日						
被保険者の住所 〒000-0000 ○○県○○市○○町○○-○○						
TEL (000) 000-0000						
氏名 健保 花子 健保						
TOYO TIRE健康保険組合 殿 従業員No. 9999						

産休中に報酬の支給があった場合は必ず記入して下さい。

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間について					
	上記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	年	月	日から	金 円(月 日支払い)
		一部支給した場合、又は支給する場合	年	月	日から	年 月 日までの分 金 円(月 日支払い)
		現在までも又将来も支給しない場合はその旨				
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日						
事業主 住所 _____						
氏名 _____ 印						

喪失者の申請の場合、事業主の証明は特に必要ありません。

医師の証明	分娩予定日	年 月 日	単胎又は多胎の別	単胎 ・ 多胎
	分娩日	年 月 日	生産又は死産の別	生産 ・ 死産(妊娠 月)
	医療施設名称・所在地 医師及び助産婦氏名 印			
TEL (_____)				

被保険者は記入捺印を忘れずに！喪失者の請求の場合は記入しなくて結構です。

委任状	
上記の出産手当金の受領を ○○ ○○ に委任します。	
2018年 8月 22日	被保険者氏名 健保 花子 健保

・ 出産手当金は、女子被保険者が分娩の為勤務を休み、賃金を受けられない場合に支給されます。