

# 出産手当金請求書

(第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	① 被保険者証の 記号 - 番号	〇〇〇-〇〇〇	② 被保険者の氏名と印	(フリガナ) ガング サクラコ 玩具 桜子	玩具 印	
	③ 被保険者の 現住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇〇1-3-5 〇〇〇マンション207号 TEL 03 (〇〇〇〇) 1191				
	④ 事業所の名称	(株) 〇〇 ドール			⑤ 標準報酬 等級月額	280 千円
	⑥ 分娩前 の別 分娩後	分娩後	⑦ 分娩前に請求するときは分娩予定年月日 分娩後に請求するときは分娩予定年月日 と分娩のあった年月日	分娩予定日 平・令 〇〇年 7 月 7 日 分娩日 平・令 〇〇年 7 月 5 日		
	⑧ 分娩のため 休んだ期間	平・令 〇〇 年 5 月 25 日 から 98 日間 平・令 〇〇 年 8 月 30 日 まで				
	⑨ うえの期間中にかかる報酬を 事業主から受けた時または受 けられる時はその期間と報酬	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 までの分 円 平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 までの分 円 ※該当する場合は記入してください				
	⑩ 委 任 状	請求者が在籍している場合 わたくしは、出産手当金の受領を事業主の保険給付金受領代理人に委任します。 令和 〇〇 年 9 月 3 日 住所 東京都〇〇区〇〇〇1-3-5 〇〇〇マンション207号 被保険者の氏名 玩具 桜子				
	⑪ 振 込 依 頼 書	(フリガナ) 銀行名	銀行	支店	口座区分	普通・当座
		(フリガナ) 口座名義			口座番号	
		本件請求にかかる保険給付金は上記に振込みされるよう依頼します。 令和 年 月 日 (被保険者であった者) 氏名				②と同じ 印 玩具人形健康保険組合

医 師 ・ 助 産 師 の 記 入 欄	⑫ 分娩年月日	平・令 〇〇 年 7 月 5 日	分娩	単胎
	⑬ 分娩予定年月日	平・令 〇〇 年 7 月 7 日	分娩予定	多胎 ( 児 )
	⑭ 正常分娩または 異常分娩の別	正常・異常	⑮ 生産または 死産の別	生産・死産 ( 妊娠 ヵ月 )
	うえのとおり相違ありません。 令和 〇〇 年 7 月 10 日 医療施設の名称・所在地 〇〇県〇〇市〇〇町5-6-7 森山マタニティクリニック 医師・助産師氏名 医師 森山 兎			

事 業 主 の 証 明 す る 欄	⑰ 労務に服さなかった期間	平・令 〇〇 年 5 月 25 日から 平・令 〇〇 年 8 月 30 日 までの 98 日 間			
	⑱ 上記期間中 に支払う 報酬関係	全額支給の場合	平・令 年 月 日 からの分 金 円 ( 月 日 支払 )		
		一部支給の場合	平・令 年 月 日 から 金 円 ( 月 日 支払 )		
		支給しない場合	平・令 年 月 日 までの分 ( 日 額 : 金 円 )		
うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 〇〇 年 9 月 5 日 所在地 東京都〇〇区〇〇〇3-2-1 〇〇〇ビル1階 事業所の名称 (株) 〇〇 ドール 事業主氏名 代表取締役 華村 苺					