

支給決定伺				支給決定 令和 年 月 日				
支給決定額				円	常務理事	事務長	係	係
支給期間	令和 年 月 日から	日間	標準報酬 月 額	千円				
	令和 年 月 日まで							
算出基礎	日額	円×2/3×	日=	円	備考			

出産手当金請求書

被保険者等 記号番号						事業所の 名称	<input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 喪失後請求	
資格取得年月日	昭・平・令 年 月 日			資格喪失年月日	令和 年 月 日			
出産・休業 及び報酬について	出産 年月日	令和 年 月 日	出 産 予 定 日	令和 年 月 日	胎 児 の 数	単胎・多胎(児)		
	出産のため 休んだ期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	左記の期間に 報酬を	受けた・受けない			
	報酬を受けた 場合その期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	報 酬 の 額	円			
被保険者	上記の通り請求します。 三井物産健康保険組合 理事長 殿 令和 年 月 日							
	被保険者の住所	〒 -						
	氏名(フリガナ)							
	日中連絡の取れる電話番号							
委任状(退職後の任意継続の方・資格喪失後の請求のときには記入を要しません。)	法定給付の受領を _____ に委任いたします。 被保険者 ※上段にお勤めの事業所名(会社名)、下段に被保険者名をご記入ください。							
振込先(資格喪失後6ヶ月以内の請求のときのみ必ずご記入ください。)	金融機関	銀行		口座番号				
		支店		種別	普通・当座			
	名義(漢字)			名義(カナ)				
事業主証明欄	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	左記の期間の 報酬の	有・無			
	報酬支給 対象期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	報 酬 の 額	円			
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業主(又は代理人) 所在地 氏名							
医師又は 助産師の 証明	出産年月日	令和 年 月 日	出産予定日	令和 年 月 日				
	分娩の 状態	正常・異常	胎児 の数	単胎・多胎(児)	生産・死産 の別	生産・死産 (妊娠第 月又は 週)		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師							

- * 太枠内にご記入いただき、各種証明を受けてください。
- * 「事業所の名称」欄には、お勤めのであった事業所名をご記入ください。任意継続の方、資格喪失後の請求の方は該当の口にチェックを入れてください。
- * 「委任状」欄には、お勤めの事業所名・被保険者名をご記入ください。なお、任意継続の方は記入を要しません
- * 資格喪失後の請求のとき(任意継続であった方を除く)のみ「振込先」欄に振込みご希望の金融機関名をご記入ください。
- * 医師又は助産師の証明と事業主の証明を受けて、組合に提出してください。
- * 任意継続の方、資格喪失後6ヶ月以内の出産のために請求をされる方は事業主の証明は不要ですが、出産(予定)日以前42日に事業所に在籍中であった方は必ず事業主の証明を受けてください。

受付印