

支給決定 伺					支給決定 令和 年 月 日				
ご自身の記号番号は①～③い ずれかでご確認ください。 ①マイナポータル②資格情報のお知らせ③資格確認書 ※保険者番号(06133714)は記入しないでください。					円	常務理事	事務長	係	係
月	日から	日間	標準報酬 月 額	千円					
月	日まで								
円 × 2/3 ×					日 =	円	備考		

出産手当金請求書

被 保 険 者 等 記 号 番 号	3	1	1	-	1	1	1	1	1	事業所の 名 称	三井物産株式会社	<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 29 年 4 月 1 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 4 年 7 月 1 日				出 産 予 定 日	令和 4 年 7 月 3 日		胎 児 の 数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎・多胎( 児)		
	出 産 の ため 休 んだ 期 間	令和 4 年 5 月 21 日 から 令和 4 年 8 月 26 日 まで				98 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		
	上記の通り請求します。 三井物産健康保険組合 理事長 殿											
被 保 険 者	被 保 険 者 の 住 所				〒 〇〇〇 - ■■■■ 東京都〇〇区■■■1-2-3							
	氏 名 ( フ リ ガ ナ )				健保 花代(ケンポ ハナヨ)							
	日中連絡の取れる電話番号				090-××××-××××							
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 在籍している事業所 に委任いたします。 被保険者 健保 花代 ※下段に被保険者氏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	振込先は当組合の資格喪失後6ヶ月以内の請求時のみご記入ください										
事業主証明欄	勤務に服さな 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 令和 年								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(代表者) 氏 名 所 在 地											
	事業主の証明を受けて下さい											
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						産 ・ 死 産 第 月又は(週)				
	上記のとおり相違ないことを証明します。 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