

出産手当金・出産手当金付加金請求書

(第 ○ 回目)

○○年 ○○月 ○○日

三菱地所健康保険組合理事長 殿

被保険者 住所 ○○県○○市○○町1-1
氏名 三菱 愛子

下記のとおり請求します。

被保険者証の 記号・番号	000-0000	事業所 の名称	○○○○株式会社	標準報酬 等級月額	○○○○ 円 第 ○○ 級
分娩前 の別	分娩後	分娩前に請求するときは分娩予定年月日		分娩予定日 ○○年 ○○月 ○○日	
分娩後		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		分娩日 ○○年 ○○月 ○○日	
分娩のため 休んだ期間	○○年 ○○月 ○○日から ○○年 ○○月 ○○日まで		○○ 日間		
うえの期間の報酬(賃金)の全部ま たは一部を受けたときまたは受け られるときはその報酬額および期 間	○○年 ○○月 ○○日から ○○年 ○○月 ○○日まで		○○ 日分 ○○○○ 円		

医師または 助産師の意見	分娩年月日	年 月 日	分娩単胎 分娩予定多胎 (児)
	分娩予定年月日	年 月 日	生産・死産(妊娠 ヶ月)
	正常分娩または 異常分娩の別	正常・異常	生産または 死産の別
	うえのとおり相違ありません。 年 月 日 (職名) 住所 氏名		

事業主 証明	労務に服さな かった期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	うえの期 間中の分 として支 払う報酬 関係	全額支給 の場合	年 月 日から 分の金 円 日 額 (月 日支払) 金 円
		一部支給 の場合	年 月 日から 分の金 円 日 額 年 月 日まで (月 日支払) 金 円
		支給しない 場合	
うえのとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 住所 事業主 氏名			

委任 状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。
	金	年 月 日請求した出産手当金・出産手当金付加金のうち 円也の受領に関する事。
	金	年 月 日
	被保険者の	住所 ○○県○○市○○町1-1 氏名 三菱 愛子
代理人の	住所 氏名	