

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
氏名 _____

下記のとおり請求します。

被保険者証の 記号・番号		事業所 の名称		標準報酬 等級月額	円 第 級
分娩前 の別		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	年 月 日
分娩後 の別				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 (児)
	分娩予定年月日	年 月 日	分娩予定多胎 (児)
	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 (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 事業主 住所 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 氏名
	代理人の 住所 氏名