

伺い		常務理事	係	員
出産手当金支出して よろしいか				
支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日間	支給額	円
資格取得		年 月 日		
資格喪失		年 月 日		
前回	始	年 月 日		
	終	年 月 日		

出産手当金請求書 (第 回目)

年 月 日

極東開発健康保険組合理事長殿

住所
被保険者 氏名 ㊟

下記のとおり金 円也を請求します

被保険者証の 記号と番号	第 号	事業所 の名称	標準報酬 月 額	千円
分娩前後の別		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のあった年月日	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 全部又は一部を受けたとき、 又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
入院して 分娩 したとき	産院又は 病院名	所在地		
	入院した 期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間	
	被扶養者氏名	生 年 月 日	被保険者との続柄	
		年 月 日		

医師又は助産婦の意見	分娩年月日	年 月 日	分娩予定
	正常分娩又は 異常分娩の別	正常・異常	生産又は死産の別 生産・死産(妊娠 月)
	入院して分娩したとき はその期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間
	うえのとおり相違ありません		
	年 月 日	住所 (職名) 氏名 ㊟	

事業主	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 年 月 日まで の分金 円 (日 額 円)
証明		一部支給 の場合	年 月 日から 年 月 日まで の分金 円 (日 額 円)
	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	表記請求金額の受領(氏名) (事業所名又は住所) 氏名 ㊟に委任します
	年 月 日 被保険者氏名 ㊟

支払金融機関	振込先銀行	銀行	支店
	普通預金・番号		ツツガフ 名義(被保険者)

領収書	金 円也 ただし、出産手当金
	うえの金額を領収いたしました
	年 月 日 極東開発健康保険組合理事長殿
	住所 受領者 氏名 ㊟