

出 産 手 当 金 請 求 書

被保険者証の記号・番号	被保険者の	①
・	氏名と押印	

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)	
--	--

被保険者の 現住所		事業所 名 称	
--------------	--	------------	--

分娩のため休んだ期間	年	月	日	～	年	月	日	日間
------------	---	---	---	---	---	---	---	----

入院した場合	病院等		所在地					
	入院期間	年	月	日	～	年	月	日

出生児	氏名		出生日	年	月	日	死亡のときはその旨
-----	----	--	-----	---	---	---	-----------

医師または助産師の意見	分娩	分娩日	年	月	日	単胎			
	年月日	分娩予定日	年	月	日	多胎 児			
	分娩の状況	正常	異常	生産	死産	(妊娠 ヶ月又は 週)			
	入院期間	年	月	日	～	年	月	日	日間
	上記のとおり相違ありません。		年	月	日				
(職名) 氏名						①			
		住所							
		名称							
		電話	()						

事業主の証明	労務に服さなかった期間	年	月	日	～	年	月	日	日間	
	上記期間中の分として支払う報酬関係	支給の場合	年	月	日	～	年	月	日	日間分
		支給しない場合はその旨								
	上記のとおり相違ないことを証明します。		年	月	日					
		住所								
		事業主名			①					

委任状	私が支払を受ける上記請求給付金の受領を		に委任します。	
	年	月	日	被保険者 ①

日本交通健康保険組合

