

出 産 手 当 金 請 求 書

被保険者の記号・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		日間				
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									
住所 名称 (職名) 氏名 ① 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			
		金 円		月 日		支払				
	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

