

| | | | | | | | | | |
|-----------------------|---------|-------|------------------|--------------------|---------|---------|-----|-----|--|
| 決 裁 | | 年 月 日 | | | | | | | |
| 支 給 支 出 伺 | 支 給 金 額 | 円 | | 支 給 期 間 | 自 年 月 日 | 常務理事 | 事務長 | 担当者 | |
| | 分娩予定日 | 年 月 日 | | | 至 年 月 日 | 日間 | | | |
| | 分 娩 日 | 年 月 日 | 支 給 基 礎 | | | | | | |
| | 資格取得日 | 年 月 日 | | | | | | | |
| | 資格喪失日 | 年 月 日 | | | | | | | |
| | 標準報酬月額 | 円 | | 前 支 給 期 間 | 自 年 月 日 | 至 年 月 日 | 日間 | | |

出 産 手 当 金 請 求 書

第 回

| | | | | | |
|--|-------------------|---------|--|-------|-----------------------------------|
| 被保険者証 記号・番号 | — | 事業所の名称 | | 所 属 | |
| 分娩予定日 | 年 月 日 | 分娩日 | | 年 月 日 | |
| 分娩のために 休業した期間 | | | | | |
| 休業中報酬を うけたとき | | | | | |
| <p>上記のとおり請求します 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者住所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">ダイヘン健康保険組合理事長 殿</p> | | | | | |
| 事業主証明 | 労務に服し なかった期間 | 自 年 月 日 | 至 年 月 日 | 日間 | 事 住 所 業 ・ 氏 主 名 |
| | 報酬を支給した 期間及び金額 | 自 年 月 日 | 至 年 月 日 | 日間 | |
| 医師等 の意見 | 分娩予定日 | 年 月 日 | 分娩日 | 年 月 日 | |
| <p>医師・助産婦の住所</p> <p>氏 名 ㊟</p> | | | | | |
| <p>本請求金額の受領を 委任します</p> <p>年 月 日</p> <p>被保険者氏名</p> | | | <p>金 円受領しました</p> <p>年 月 日</p> <p>受領者住所</p> <p>氏 名 ㊟</p> | | |