

令和 年 月 日

支給決議書	常務理事	事務局	60 / 1000	日額	円	日間	円
	資格関係	取得 S・H・R . . .		日額	円	日間	円
		喪失 S・H・R . . .	証NO	支給日数	支給決定金額		
	等級	月 日 月 日	備考				
		級 級					
		月 日 月 日					

\*この線より上は請求者において記入しないこと

代筆・代理申請不可

### 出産手当金請求書

被保険者の	保険証上部に記載の記号・番号を記入		事業所の名称	在籍事業所・所属を記入(退職者は最終在籍部署) 任職者は記入不要			
分娩予定日	令和 年 月 日	それぞれの日を記入	労働不能期間	自 平成・令和 年 月 日	分娩日前42日(多胎の場合は70日)~分娩の翌日から56日の期間。		
分娩日	令和 年 月 日		労働不能期間中に報酬を受けたときはその期間及び金額	自 平成・令和 年 月 日	記入不要	日間	報酬額 円
病院・診療所に収容されたときはその状況	入院年月日	平成・令和 年 月 日	入院期間	自 平成・令和 年 月 日	上の"労働不能期間"中に入院していれば記入。		
分娩予定日又は分娩日に関する医師又は助産婦の証明	分娩予定日	平成・令和 年 月 日	分娩日	平成・令和 年 月 日			
	正常分娩か異常分娩かの別	医師又は助産婦の証明欄					
	一児・双児以上の別	上の"労働不能期間"についての証明 総ての項目について証明ください。					
労働不能期間及び報酬支払状況に関する事業主の証明	自 平成・令和 年 月 日	至 平成・令和 年 月 日	自 平成・令和 年 月 日	至 平成・令和 年 月 日	労働に服さなかったことを証明する。	円	報酬を支給したことを証明する。
上記のとおり請求いたします。							
1. 在籍者は 3.給与振込み を選択。 退職者は 1.又は2. を選択(本人名義口座)				令和 年 月 日			
(口座種別) NO				請求者の住所			
2. 郵便局 (店番) (番号)				被保険者の住所・氏名			
3. 給与振込み				氏名			
*1, 2は退職者のみです。在籍者の方は、3を選択してください。							
帝人グループ健康保険組合理事長殿				(TEL )			