

同年月日 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

### 出産手当金請求書

被保険者の記号番号	—	事業所の名称	所属
分娩予定日	令和 年 月 日	自 平成・令和 年 月 日	日
分娩日	令和 年 月 日	自 平成・令和 年 月 日	日
労務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	至 平成・令和 年 月 日	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 至 平成・令和 年 月 日	及 び 病 院 の 名 称 及 び 所 在 地 日間
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	正 常 ・ 異 常	
	一児・双児以上の別	一 児 ・ 双 児	
上記のとおり相違ないことを証明します。 証明書住所氏名(医師の証明は医療機関名称も記入)			
労務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	円
		自 平成・令和 年 月 日	至 平成・令和 年 月 日
		日間	円
		日間	円
上記のとおり請求いたします。			
令和 年 月 日			
1. 銀行 支店	〒 —		
(口座種別) NO	請求者の住所		
2. 郵便局 (店番) (番号)	_____		
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。			
(TEL _____)			
帝人グループ健康保険組合理事長殿			