伺年月日　令和　　年　　月　　日

支給決議書							
常務理事	事務局	60/100	日額　円	.　.　～　.　.　日間	円		
			日額　円	.　.　～　.　.　日間	円		
資格関係	取　得　平成・令和　・　・	記号・番号	支給日数	支給決定金額			
	喪　失　平成・令和　・　・						
等級	月　日　月　日	備考					
	級　級						
	月　日　月　日						
	級　級						

＊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

記号・番号	―	事業所名称		社員番号			
分娩予定日	令和　年　月　日	労務不能期間	自　令和　年　月　日				
分娩日	令和　年　月　日		至　令和　年　月　日　日間				
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　令和　年　月　日 至　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	令和　年　月　日	病院の名称及び所在地				
	入院期間	自　令和　年　月　日 至　令和　年　月　日　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	令和　年　月　日	分娩日	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）	令和　年　月　日					
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　令和　年　月　日 至　令和　年　月　日　日間	労務に服さなかったことを証明する。					
	自　令和　年　月　日 至　令和　年　月　日　日間	円 報酬を支給したことを証明する。					
振込先指定口座 ※資格喪失者のみ記入	※在籍者は給与振込、任意継続加入者は、加入時に届出された口座への振込となりますので記入不要です。 ［銀行・信用金庫・農協　　］［本店・支店・出張所］ （コード　　）　（コード　　）						
	貯金種別 □普通 □当座	口座番号		口座名義	※カタカナで記入		
	郵政番号	1	0	郵政番号	1		

上記のとおり請求いたします。

帝人グループ健康保険組合理事長　殿

令和　　年　　月　　日

被保険者（請求者）

〒　　―

住　所

氏　名

TEL　　―　　―