

支給決議書	常務理事	事務局	6 0 / 1 0 0	日額	円	～	日間	円	
	資格関係	取得 平成・令和		日額	円	～	日間	円	
		喪失 平成・令和		記号・番号		支給日数		支給決定金額	
	等級	月 日	月 日	級	級	備考			
		代筆・代理申請不可	□の箇所は、該当部分に☑を付けてください						

*この線より上は請求者において記入しないこと

健康保険の記号・番号を記入		1234 - 1234567		事業所名称		〇〇会社		社員番号		12345						
出産手当金請求書		在籍事業所・社員番号を記入 任継者は記入不要														
記号・番号	1234 - 1234567		事業所名称	〇〇会社		社員番号	12345									
分娩予定日	令和	5	年	4	月	25	日	労働 自	令和	5	年	3	月	15	日	
分娩日	令和	5	年	4	月	30	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							72	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	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	令和	5	年	5	月	20	日	〇〇産婦人科							
	入院期間	自	令和	年	月	日	上の"労務不能期間"中に入院していれば記入		愛媛県							
		至	令和	5	年	5	月	27	日	7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	医師又は助産婦の証明欄 上の"労務不能期間"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	記入不要		円	なかった する。							
	自	令和	年	月	日	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。															
	帝人 (コード)	帝人グループ健康保険組合の資格を喪失している方のみ記入														
貯金 種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	番号	1	2	3	4	5	6	7	名義	オカモト ケンジ				
	番号	1	1	2	3	0	番号	1	2	3	4	5	6	7	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 5 年 3 月 1 日																
〒 123 - 4567																
被保険者 住所 愛媛県松山市〇〇〇〇〇																
(請求者) 氏名 帝人 太郎 被保険者の住所・氏名																
TEL ××× - ×××× - ××××																