

支給額	円
支給内訳	出産手当金 円
支給期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
標準報酬月額	円 (第 級)

支給支払決議書			
理事長	常務理事	事務長	担当者
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
前回	始	年 月 日	
	終	年 月 日	
支払年月日	年 月 日		
不支給理由			

出産手当金支給申請書 (第 回目)

東海マツダ販売健康保険組合 理事長殿

年 月 日

〒

住所
被保険者の氏名
電話番号

印

下記のとおり請求します。

被保険者証の記号・番号	事業所の名称	標準報酬等級月額	円
分娩前の別	分娩前に請求するときは分娩予定年月日	分娩予定日	年 月 日
分娩後の別	分娩後に請求するときは分娩予定年月日	分娩日	年 月 日
分娩のため休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	
うえの期間の報酬(賃金)の全部または一部を受けたときまたは受けられるときはその報酬額及び期間	年 月 日から 年 月 日まで	日分	円
振込希望の金融機関名	銀行・信託銀行 信金・信組	支店	普通・当座 口座NO, 名義

医師または助産婦の意見	分娩年月日	年 月 日	分娩単胎 (児)
	分娩予定年月日	年 月 日	分娩予定多胎 (児)
	正常分娩または異常分娩の別	正常・異常	生産または死産の別
			生産・死産 (妊娠 ヶ月)
上記のとおり相違ありません。			
年 月 日			
〒			
住所			
医療機関名・施設名			
氏名			
電話番号			
印			

※1 死産の場合は妊娠何ヶ月の死産であったかを必ずご記入ください。
 ※2 医師若しくは助産婦の印は原則省略できませんが、海外で出産した場合には、サインでも構いません。

事業主証明	労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
	うえの期間中の分として支払う報酬関係	全額支給の場合 年 月 日から 年 月 日まで 日分 金 円 (月 日支払) [日額 金 円]
		一部支給の場合 年 月 日から 年 月 日まで 日分 金 円 (月 日支払) [日額 金 円]
		支給しない場合
上記のとおり相違ない事を証明します。		
年 月 日		
事業主 所在地		
名称		
代表者名		
印		

※任意継続被保険者及び、資格喪失後に出産手当金を請求する場合は事業主の証明は不要です。

委任状	私は	_____	を代理人と定め、次の権限を委任する。
		年 月 日	請求した出産手当金
		金 円也	の受領に関する事。
		年 月 日	
	被保険者の住所氏名		印
	代理人の住所氏名		印
振込希望の金融機関名	銀行・信託銀行 信金・信組	支店	普通・当座 口座NO, 名義

【 組合受付印 】