

出産手当金請求書

三菱製鋼健康保険組合理事長 殿

下記のとおり請求致します。

記号	番号	提出年月日	令和 年 月 日
フリガナ		事業所	
被保険者氏名	印	所属	
住所	〒	生年月日	昭和 平成 年 月 日生

分娩前 分娩後	の別	分娩前・分娩後	の請求である	分娩予定日	令和 年 月 日
				分娩日	令和 年 月 日
分娩のため 休んだ期間		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間	

【支払先】・本請求書に基づく給付は「給与」払いとします。

委任状	三菱製鋼健康保険組合から私に支給される給付金の受領を事業主に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 印
-----	---

・退職等で銀行振込を希望する方は次の欄に記入願います。

金融機関	種目	口座番号	被保険者名義
銀行	支店	普通・当座	

【医師・助産師の証明】 ※必ず医師・助産師の証明を受けること。

分娩予定日	令和 年 月 日	出生児の数	単児・多児(児)
分娩年月日	令和 年 月 日		
分娩の状態	正常・異常	生産または 死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)
入院して分娩した ときはその期間	令和成 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

住所
医療施設 名称
医師・助産師名

印

【事業主の証明】 ※在職中の方は必ず事業主の証明を受けること。

労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	標準報酬 月額	千円
事業主からの報酬の有無	有・無	有給休暇	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

住所
事業主 名称
氏 名

印