提出先：被保険者⇒事業主⇒健康保険組合

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  | | | | | 支給期間 | | | 自　　　　年　　月　　日 | | | | | | | |  | | 支給支払決議書 | | | | | | | | |
| 受付年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | 至　　　　年　　月　　日 | | | | | | | |  | | 常務理事 | | | | | | 事務長 | | 担当者 |
| 伺年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | 日間 | | | | | | | |  | |  | | | | | |  | |  |
| 決裁年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | 支給額 | | | 円 | | | | | | | |  | |
| 支払年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | 標準報酬日額 | | | 円 | | | | | | | |  | |
| **出産手当金請求書** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証等の  記号・番号 | | | | | | － | | | | 資格取得日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | 資格喪失日 | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 事業所の | | 名称  (部署名) | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ：（　　　　）　　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 分娩前  分娩後 | | | の別 | | |  | | | | 分娩前に請求するときは分娩予定年月日  分娩後に請求するときは分娩予定年月日  と分娩のあった年月日 | | | | | | | | | 分娩予定日  分娩日 | | | | | | | | 年　　月　　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  ときはその報酬額および期間 | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日から  　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日まで | | | | | | | | | | | | | | | 日分 | | | | | |
| 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込希望口座  **＊資格喪失後の**  **継続受給者・** | | | | | | 銀行・信金  信組・農協 | | | | | | | | | | | | 本店  支店 | | | | | | | | | | | 普通・当座  その他（　　　　　） | |
| 口座番号 | |  | | | | | | | | | | 口座名義 | | | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | | | | | |
| 上記のとおり請求します。また、下記の事項について異議なく同意します。  **1.　原則、この請求書を事業主経由でフランスベッドグループ健康保険組合に届け、当該給付金について事業主経由で受領**  **すること。但し、請求時の資格状況によってはこの限りではないこと。**  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  フランスベッドグループ健康保険組合理事長　殿 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者の | | | | | | | | | | | 住所  氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業主が証明するところ | 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 | | | | 全部支給  の場合 | | | 年　　月　　日から  年　　月　　日まで | | | | | | | の分 | | 円  （　　　　年　　　月　　　日支払） | | | | | | | | | | | | 日額：　　　　　円 | |
| 一部支給  の場合 | | | 年　　月　　日から  年　　月　　日まで | | | | | | | の分 | | 円  （　　　　年　　　月　　　日支払） | | | | | | | | | | | | 日額：　　　　　円 | |
| 支給しない  場合はその旨 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業主 | | | | | | | | | | 住所  氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師または助産婦が  　　記入するところ | 分娩年月日 | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | 単胎または  多胎の別 | | | | | | | 単胎・多胎 | | | | | | | |
| 分娩予定年月日 | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| 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） | | | | | | |
| 入院期間 | | | | | | 年　　　月　　　日から　　　　　　　　　年　　　月　　　日（　　　　日間） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり相違ありません。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （職名　　　　　　　） | | | | | | | | | | 住所  氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

フランスベッドグループ健康保険組合