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