

支給決定伺		伺年月日	令和	年	月	日
		決裁年月日	令和	年	月	日
支給決定額	円	常務理事	事務長	課長	係	
支給期間	自平成・令和 年 月 日 日間 至平成・令和 年 月 日					
算出の基礎	日額 円 × $\frac{2}{3}$ × 日 = 円					
備考						

出産手当金請求書

(第 回)

被保険者証の記号番号	記号 番号	事業所名		
資格取得年月日	昭・平・令 年 月 日	分娩のため休んだ期間中に報酬の支払を受けたか又は受けられるときはその期間と金額	全期間 自平成・令和 年 月 日 日間 至平成・令和 年 月 日 円を受けられる	
資格喪失年月日	平成・令和 年 月 日		一部の期間 自平成・令和 年 月 日 日間 至平成・令和 年 月 日 円を受けられる	
*標準報酬	月 額		その他	
	日 額			
	千円			
分娩予定年月日	平成・令和 年 月 日	入院して分娩したとき		
分娩年月日	平成・令和 年 月 日	病院の名称及び所在地		
*支給開始年月日	平成・令和 年 月 日	入院した期間	自平成・令和 年 月 日 日間 至平成・令和 年 月 日	
分娩のため休んだ期間	自平成・令和 年 月 日 日間 至平成・令和 年 月 日			

上記のとおり請求します

令和 年 月 日

日本ユニシス健康保険組合 御中

被保険者 〒 _____

住所 _____

氏名 _____

電話 _____

振込希望口座 銀行 支店 普通 当座 NO. _____

確認欄	自署の場合は捺印を省略できます。その際、この届出は被保険者が作成したものであることの証明のため、左の確認欄へチェックを入れてください。
<input type="checkbox"/>	

(ここで知り得た個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用しません。)

被 保 険 者 記 号・番 号	記 号	被 保 険 者 氏 名				
	番 号					
事 業 主 の 証 明						
労 務 に 服 さ な か っ た 期 間	自 平成・令和	年	月	日	日間	
	至 平成・令和	年	月	日		
上 記 期 間 中 の 分 として 支 払 う	自 平成・令和	年	月	日	日間	全 額
	至 平成・令和	年	月	日	日間	一 部 支 給 額 円
報 酬 額	平成・令和 年 月 日 より 無 給					
<p>上 記 の 通 り 相 違 い を 証 明 し ます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>事業主(又は代理人)</p> <p>住 所</p> <p>氏 名 印</p>						
医 師 又 は 助 産 師 の 証 明						
分 娩 予 定 年 月 日	平成・令和	年	月	日	分 娩 ・ 分 娩 予 定 胎 児	
分 娩 年 月 日	平成・令和	年	月	日	単 胎 ・ 多 胎 (児)	
分 娩 の 状 態	正常・異常	生死の別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 月)			
入 院 し て 分 娩 し た と き は そ の 期 間	自 平成・令和	年	月	日	日間	
	至 平成・令和	年	月	日		
<p>上 記 の 通 り 相 違 い を 証 明 し ます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>医師又は助産師</p> <p>医療機関名</p> <p>住 所</p> <p>医 師 名 印</p> <p>電 話</p>						

◎ 請求上の注意

- 一、この様式は、女子被保険者が分娩して、その産前産後を通じて会社の勤務を休んだ期間の給料等の支払を受けられなかった場合に請求するものです
- 二、*箇所は記入しないでください
- 三、印鑑は朱肉印で捺印願います