

銀行振り込みを希望される場合は2、3ページ目にご記入ください。

昭和シェル健康保険組合

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	(2) 被保険者証の 記号と番号	(記号) 000 (番号) 0000	(3) 被保険者の 氏名と印	健保 良子	(4)	
	(5) 被保険者の 現住所	郵便番号(000) - (0000) 〇〇県〇〇市〇〇町1-1				
	(6) 被保険者の 勤務する 事業所名	〇〇〇〇株式会社				
	(7) 被保険者の 資格を取得 した日	昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 平成	(8) 被保険者の 標準報酬等級	第	級	
	(A) この請求は分べん前のも の ですか、分べん後の もの ですか	分べん前 ・ 分べん後				
	(B) 分べん前のときは、分べん 予 定日、分べん後の とき は、分べんの日	平成 ・ 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		分べん 分べん予定		
	(10) 分べんのため 休んだ期間	平成・令和 〇〇年〇〇月 〇〇日から 平成・令和 〇〇年〇〇月 〇〇日まで 〇〇日間				
	(A) 上の(10)に書いた期間の 分の報酬を受けました か、又は受けられますか	受けた ・ 受けない ・ 受けられる ・ 受けられない				
	(B) 報酬支払を受けたとき又 は受けられるときは、そ の報酬の額とその報酬額 支払の基礎となった期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで		の分として 円		
	入院して分べんしましたか、入院しないで分べんしましたか				入院分べん ・ 入院外分べん	
	(12) (イ) 病院名 または産院名	〇〇〇〇病院		(ロ) 病院又は 産院の所在地	〇〇県〇〇市〇〇町2	
	(ハ) 入院した 期 日	平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日から 平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで 〇〇日間				
(ニ) 自費で入院しまし たか、健康保険で 入院しましたか	自費 ・ 健保 ・ その他		(ホ) 被扶養者が おりますか	いる ・ いない		
(ヘ) 被扶養者 があるとき は、その者の	氏 名		生年月日		被保険者との続柄	
			年 月 日生			

令和〇〇年〇〇月〇〇日提出

(B)

事業主が証明するところ	(13) 労務に服さなかった期間	平成・令和 ○○年○○月 ○○日から 平成・令和 ○○年○○月 ○○日まで	○○日間	
	(14) 上の期間中の分として支払う報酬関係	(イ) 全額支給した場合又は支給する場合	平成・令和 ○○年○○月 ○○日から 平成・令和 ○○年○○月 ○○日まで	の分 金 ○○万 円 (○月○日支払) (日額金 ○万 円)
		(ロ) 全額支給した場合又は支給する場合	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	の分 金 円 ( 月 日支払) (日額金 円)
		(ハ) 現在までも又将来も支給しない場合は、その旨		
上のおお相違ないことを証明します				
令和 ○○年 ○○月 ○○日				
事業主 (15) 住所 ○○県○○市○○町1				
(16) 氏名 ○○ ○○ (17) 印				
電話 111 局 (111) 1111 番				

医師又は助産師が意見を書くところ	(18) 分べん年月日又は分べん予定日	平成・令和 年 月 日	分べん ・ 分べん予定
	(19) 分べん後のときは正常分べん又は異常分べんの別	正常 ・ 異常	(20) 分べん後のときは生産または死産の別
			生産 死産 (妊娠 ヵ月)
	(21) 入院して分べんしたときは、その期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	日間
上のおお相違ありません			
令和 年 月 日			
(24) 住所			
(23) 職名			
医師 (25) 氏名			
助産師 (26) 印			
電話 局 ( ) 番			

昭和シエル健康保険組合

委任状	(27) 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・出産手当金付加金のうち
	金 ○○○○○○	円也の受領に関すること。
		令和 ○○年 ○○月 ○○日
被保険者の住所 (請求者) 氏名		○○県○○市○○町1-1 健保 良子 (26) 印

(C)

出産手当金付加金請求書(第 回)

被保険者証の 記号と番号	(記号) 000	(記号) 0000	標準報酬等級	第 級	事業所名 又は 所属部課名	〇〇〇〇株式会社
労務に服さな かった期間	平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日から 平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで		〇〇日間	分娩 年月日	平成・令和〇〇年〇〇月〇〇日 分べん・分べん予定	
振込銀行名	〇〇 銀行		口座番号	普・当	0000000	
	(マルマル)(フリガナ) 〇〇 本 支店		(フリガナ) 口座名義人	(ケンボ アイコ 健保 愛子	)	

上記によって金 〇〇〇〇〇〇 円也を請求する

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

〒000-0000

被保険者の住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1

(電話番号) 000 - 000 - 0000

氏名及び印 健保 愛子



昭和シエル健康保険組合

昭和シエル健康保険組合理事長殿