

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) (番号)	(3) 被保険者の 氏名と印	(4) 印	
	(5) 被保険者の 現住所	郵便番号 () - ()			
	(6) 被保険者の 勤務する 事業所名				
	(7) 被保険者の 資格を取得 した日	昭和 平成	年 月 日	(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	年 月 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	年 月 日から	日間	平成・令和
	(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	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
(B) 入院して分べんしたときは	(イ) 病院名 または産院名			(ロ) 病院又は 産院の所在地	
	(ハ) 入院した 期 日	平成・令和	年 月 日から	平成・令和	
	(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	
	(ヘ) 被扶養者 があるとき は、その者の	氏 名		生年月日	
		年 月 日生		被保険者との続柄	

令和 年 月 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 平成・令和	年 月 日から 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 平成・令和	年 月 日から 年 月 日まで	の分 金 円 (月 日支払) (日額金 円)
		(ロ) 全額支給した場合又は支給する場合	平成・令和 平成・令和	年 月 日から 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			
上のおおりに相違ないことを証明します 令和 年 月 日 事業主 (15) 住所 (17) (16) 氏名 印 電話 局 () 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 平成・令和	年 月 日から 年 月 日まで	日間 (22) 入院の費用別 健保・自費公費・その他
	上のおおりに相違ありません 令和 年 月 日 (24) 住所 (23) 職名 医師 (26) 助産師 (25) 氏名 印 電話 局 () 番			

昭和シエル健康保険組合

委任状	(27) 私は 年 月 日 金を 被保険者の住所 (請求者) 氏名	を代理人と定め、次の権限を委任する。 日請求した出産手当金・出産手当金付加金のうち 円也の受領に関する事。 令和 年 月 日 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)	(記号)	標準報酬等級	第 級	事業所名 又は 所属部課名	
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	分 娩 年月日	平成・令和 年 月 日 分べん ・ 分べん予定
振込銀行名	銀行		口座番号	普・当		
	(フリガナ) 本・支店		(フリガナ) 口座名義人	()		

上記によって金 円也を請求する

令和 年 月 日

〒

被保険者の住所

(電話番号) — —

氏名及び印

印

昭和シェル健康保険組合理事長殿