

受付年月日	年 月 日	支給期間	自 年 月 日	支給支払決議書		
伺年月日	年 月 日		至 年 月 日	常務理事	事務長	担当者
決裁年月日	年 月 日	支給額	日間			
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 : () —			
分娩前の別 分娩後	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		
うへの期間の報酬(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	フリガナ		
<p>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。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>フランスベッドグループ健康保険組合理事長 殿</p> <p style="text-align: center;">被保険者の 住所 氏名 ㊟</p>					

事業主が証明するところ	業務に服さな かった期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	うへの期間中 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 (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 (年 月 日支払) 日額： 円	
	支給しない 場合はその旨		
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">事業主 住所 氏名 ㊟</p>			

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)		
	<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">(職名) 住所 氏名 ㊟</p>				