

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	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>				