健康保険　**出　産　手　当　金　請　求　書**　（第　　回目）

東京貨物運送健康保険組合

（注意事項）
（被保険者）
4　3　2　1

①と⑤は、マイナ保険証等で確認してください。
⑥は「賃金支払内訳票など」をご参考にしてください。
⑦の「分娩前、分娩後」の別、⑨のAは、それぞれ該当する文字を丸でかこんで下さい。
出産手当金は、女子被保険者が分娩のため事業所の勤務を休んだため賃金が受けられない場合に支給されるもので、分娩日以前42日分娩日が予定より遅れた場合はその超えた日数分を支給（多胎妊娠の場合は98日）分娩後56日以内、が支給されます。
給付金の受領方を他人に委任するときは（銀行振込の場合は口座名義人に委任）委任状に記入して下さい。

被保険者が記入するところ

① 被保険者等記号・番号	記号 1000 / 番号 123	② 被保険者の氏名（フリガナ）	フリガナ　トウカ　ハナヨ 東貨　花代
③ 被保険者の現住所	〒100－0003　TEL03（××××）×××× 東京都新宿区○○　5-5　○○マンション105		
④ 事業所の名称	㈱○○運送		
⑤ 被保険者の資格を取得した年月日	昭和・平成（令和）2年　4月　1日	⑥ 被保険者の標準報酬月額	280　千円
⑦ (A) この請求は分娩前のものですか，分娩後のものですか	分娩前・（分娩後）		
⑦ (B) 分娩年月日及び分娩予定年月日	令和　6年　7月　10日　分　娩 令和　6年　7月　9日　分娩予定		
⑧ 分娩のために休んだ期間	令和　6年　5月　29日 令和　6年　9月　4日		99　日間
⑨ (A) 上記⑧に書いた期間の分の報酬を受けましたか、または今後受けられますか。	受けた　（受けない） 今後受ける　（今後受けない）		
⑨ (B) 上記⑧で報酬の支払があるときは、その報酬の額と支払の基礎となった（なる）期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　円		

令和　年　月　日提出

受付日付印

⑩ 支払希望銀行等　（該当する番号を○でかこみ必要事項を記入して下さい）

1.（被保険者名義の口座に振り込み）	金融機関名	○○	（銀行）・信金・信組・農協
2. 委任状（口座名義が代理人の場合にご記入ください）この給付金の受領を下記の者に委任します。		○○	本店（支店）
請求者氏名		支店番号（　　）	
	預金種別口座番号	（普通）当座　No. 123456	
受取代理人 住所 〒　－	口座名義	カタカナで記入して下さい	
氏名		法人	
受取代理人の口座に振込んで下さい。		（個人）　トウカ　ハナヨ	

事業主が証明するところ

⑪ 労務に服すことができなかった期間	令和6年5月29日 令和6年9月4日	99日間	締日 20日	支払日 当月 25日 / 翌月 日		
⑫ 上の期間中の分として支払う報酬関係 ㋐全額支払した場合または支払する場合	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで		金　円 の分として　日額金　円 月　日支払			
㋑一部支払した場合または支払する場合	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで		金　円 の分として　日額金　円 月　日支払			
㋒現在までにもまた将来も支給しない場合は、その旨	現在までにもまた将来も支給しない	㋑の支払内訳	基本給　円	精勤手当　円		
			役付手当　円	通勤手当　円		
			家族手当　円			
			住宅手当　円			

⑬ 上記のとおり相違ないことを証明します。　令和　6　年　9　月　25　日

事業所所在地　東京都港区○○2-2

事業所名称　株式会社○○運送

事業主氏名　○○　一郎　　電話　03　－　××××　－　××××

医師又は助産師が意見をかくところ

⑭ 分娩年月日及び分娩予定年月日	令和　6年　7月　10日　分　娩 令和　6年　7月　9日　分娩予定		
⑮ 分娩後のときは正常分娩又は異常分娩の別	（正常）・異常	⑯ 分娩後のときは、生産又は死産の別及び出産児の数	（生産） 死産（妊娠　週） （単胎） 多胎（　児）
⑰ 入院して分娩したときは、その期間	令和　6年　7月　8日から 令和　6年　7月　15日から		8　日間
⑱ 入院費用の別	令和　6年　7月　10日から 令和　6年　7月　9日　から		（自費）・公費・その他

上記のとおり相違ありません。
令和　6年　7月　20日

⑳住所　東京都新宿区○○3-3

㉑医療施設の名称　○○産婦人科

⑲職名　（　医師　）

㉒医師・助産師の氏名　○○　二郎

電話番号　03（　××××　）××××

（事業主）
4　3　2　1

⑫の「全額支給」または「一部支給」とは一日当りの賃金の全部または一部の意味です。
⑫の㋐と㋑にわたるときは、両欄のそれぞれの事柄を記載して下さい。
被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求であるときは事業主の証明を要しません。
請求に際しては被保険者の賃金台帳、出勤簿をご提示下さい。

（医師又は助産師）
10　9

⑯欄の「死産」を丸でかこんだ場合は、妊娠幾週の死産であるかを当該欄に付記して下さい。
⑮・⑯および⑱の欄は、それぞれ該当する文字を丸でかこんで下さい。