

## <印刷時の注意！>

※ この書式は、必ず「A3」サイズに印刷してから記入してください。

- ・「A3」指定の対象書式は、傷病手当金と出産手当金、療養費および移送費支給申請書になります
- ・ A4印刷しかできない場合は、必ずA3に拡大コピーをしてから記入してください
- ・ 記入書式は、次のタブにあります

支給額	円
支給内訳	出産手当金 円 出産手当金付加金 円
支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間
標準報酬月額	円(第 級)

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給支払決議書	
資格取得	年 月 日
資格喪失	年 月 日
支払年月日	年 月 日
不支給理由	

### 出産手当金・出産手当金付加金請求書 (第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	H.U.グループ健康保険組合理事長 殿 〒 住所 被保険者 電話 氏名 印				
	下記のとおり請求します。				
	被保険者の 記号・番号	-	事業所の 名称	標準報酬 等級月額	円 第 級
	分娩前 の別	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 と分娩があった年月日	分娩予定日	年 月 日	分娩日
	分娩のため 休んだ期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間		
	上記期間の報酬(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		
	振込希望の銀行	銀行 支店	口座番号 (普通・当座)	口座名義(カタカナで記入) ( ) ( )	

医 師 ま た は 助 産 師 の 意 見	分娩年月日	年 月 日	分 娩 単 胎 ( 児)	
	分娩予定年月日	年 月 日	分娩予定 多	
	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)
	上記のとおり相違ありません。 年 月 日 (職名) 住所〒 氏名 印 電話 局( ) 番			

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで	日 間
	ア. 全額支給した場合、 又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで	の分として 金 円 ( 月 日支払) [日額 円]
	イ. 一部支給した場合、 又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで	の分として 金 円 ( 月 日支払) [日額 円]
	ウ. 現在までも又、 将来も支給しない 場合は、その旨		
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 事業主 住所〒 氏名 印 電話 局( ) 番			

委 任 状	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。 年 月 日 被保険者の 住所〒 氏名 印 代理人の 住所〒 氏名 印		
	振込希望の銀行	銀行 支店	口座番号 (普通・当座) ( ) 口座名義 ( ) ( )

領 収 書	金 _____ 円也但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日 H.U.グループ健康保険組合理事長 殿 住所〒 受領者 氏名 印
-------------	--