

担当者	事務長	常務理事

支給支払決議書	支給額	円			資格取得	・	・
		日額①	日数②	支給額①×②	資格喪失	・	・
	産前支給				標準報酬月額	千円	
	産後支給				備考		
	支給期間	月	日	～	月	日	
不支給期間	月	日	～	月	日		

### 出産手当金請求書

被保険者が記入するところ	被保険者証号・番号	1 - 1234	被保険者が勤務している事業所	中日新聞社		
	分娩予定年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日				
	分娩年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日				
	労務に服しなかった期間	令和〇〇年〇〇月〇〇日から			〇〇日間	
		令和〇〇年〇〇月〇〇日まで				
	上記期間中に受けた報酬額及び期間	報酬額 円				
		令和〇〇年〇〇月〇〇日から			〇〇日間	
		令和〇〇年〇〇月〇〇日まで				
	入院時の産院又は病院名称・所在地・期間	名称 〇〇〇病院				
		所在地 〇〇県〇〇〇市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号				
令和〇〇年〇〇月〇〇日から			〇〇日間			
令和〇〇年〇〇月〇〇日まで						

上記のとおり請求します。また、今回請求した出産手当金について、保険給付の支給決定をするための参考として、当保険組合が医療機関及び関係機関に照会することに同意します。

上記のとおり請求します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

被保険者

住所

〒

〇〇県〇〇〇市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号

氏名

中日 一郎

中日印

印

事業主が証明するところ	労務に服しなかった期間	令和 年 月 日から	日間
		令和 年 月 日まで	
	上記期間中に支給した報酬額及び期間	令和 年 月 日から	日間
		令和 年 月 日まで	
		報酬額	円
	上記のとおり相違ないことを証明します。		
令和 年 月 日			
事業所所在地			

病院又は助産婦の証明	分娩予定年月日	令和 年 月 日
	分娩年月日	令和 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明します。	
令和 年 月 日		
住 所		
病院又は助産婦		印

中日新聞社健康保険組合殿