

支給支払決議書

常務理事	事務長	担当者	担当者	支給額					
				支給期間	自令和 年 月 日				
資格取得	昭和 平成 令和	年 月 日			至令和 年 月 日				
資格喪失	令和	年 月 日			日間				

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				事 業 所 の 名 称			
	記号		番号					
	被保険者の生年月日			労務に服することが出来なかった期間				
	昭・平・令 年 月 日			自令和 年 月 日 至令和 年 月 日				
	分娩予定年月日	令和 年 月 日	分娩年月日	令和 年 月 日				
	上記のとおり請求します。							
	令和 年 月 日							
	三井化学健康保険組合常務理事 殿							
	〒 □□□-□□□□		住 所					
			被保険者 氏 名 印		(印)			
		電話番号		()				
※① 委任状	表記請求金額の受領を _____ に委任します。							
		被保険者 氏 名		(印)				
※② 振込先	銀行名	支店名	口座番号	口座名義				
	銀行	支店	普・当	フリガナ				

(申請上の注意)
 ※①被保険者の資格がある場合(在職中)は事業所名を記入し、受領を委任して下さい。
 ※②任意継続被保険者及び資格喪失後の申請の場合は必ず記入して下さい。
 なお、事業主の証明は不要です。但し、産前が在籍中にかかる場合は必要となります。

受付日付印

医 師 ま た は 助 産 師 の 意 見	分娩予定年月日	令和 年 月 日
	分娩年月日	令和 年 月 日
	生産または死産の別	生産・死産(妊娠 週)
	出生児の数	単胎・多胎(児)
	正常分娩・異常分娩の別	正常・異常
	入院して分娩したときはその期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間
上記のとおり相違ないことを証明します。		
令和 年 月 日		
所在地		
氏名印 (印)		
電話番号 ()		

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	労務に服することが出来なかった期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間
	上記の期間中の分 として支払う報酬額 (該当する項目に 〇印をして下さい。)	(1) 全額支給 自 年 月 日 円 至 年 月 日 日間
		(2) 一部支給 自 年 月 日 円 至 年 月 日 日間
		(3) 無 給 自 年 月 日 至 年 月 日 日間
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		
事業主又は代理人		
氏名印 (印)		