

出産手当金請求書

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|-------------|------|-------------------------|----------|----|---|---|---|
| 被 保 険 者 （ 請 求 者 ） が 記 入 す る 欄 | 被保険者証 の記号番号 | 159- | 被保険者 の氏名 | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 | | |
| | 被保険者の 住所 | 〒 TEL | | | 事業所 の名称 | 株式会社 マキタ | | | | |
| | 出生児氏名 | フリガナ | | | 被保険者との続柄 (長男・長女等と記入) | | | | | |
| | 分娩予定 年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 実分娩年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | 分娩のため 休んだ期間 | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間 | | | | | | | | |
| | 上記のとおり請求します。 令和 年 月 日 被保険者（請求者）氏名 _____ ㊟ マキタ健康保険組合理事長殿 | | | | | | | | | |
| | 委任状 | 私は上記給付金の受領を下記の者に委任します。 *給料に含めて支払うことの承認* 令和 年 月 日 被保険者（請求者）氏名 _____ ㊟ | | | | | | | | |
| 受任者 | 安城市住吉町3-11-8 株式会社 マキタ 取締役社長 後藤 宗利 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|----------------------------|-----------------|----|-----|---|-----|-----|--|-----|-----|
| 事 業 主 の 証 明 | 労務に服さな かった期間 | 令和 | 年 | 月 | 日から | 日 | 左のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 愛知県安城市住吉町3丁目11番8号 株式会社 マキタ 取締役社長 後藤 宗利 ㊟ | | |
| | 上の期間中の報 酬支給 | 令和 | 年 | 月 | 日から | 月 | | 日まで | 円支給 |
| | | 月 | 日から | 月 | 日まで | 円支給 | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|----|----|-----|-----|--------|----|----|---|----|
| 医 師 ・ 助 産 婦 の 証 明 | 分娩予定年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 実分娩年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | 生産・死産の別 | 生産 | 死産 | (妊娠 | ヶ月) | 出生児の数 | 単胎 | 多胎 | (| 児) |
| | 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名 _____ ㊟ | | | | | | | | | |

| |
|-----------|
| マキタ健康保険組合 |
| 受付印 |
| |