

|           |           |       |                            |             |             |                           |               |  |
|-----------|-----------|-------|----------------------------|-------------|-------------|---------------------------|---------------|--|
| 同 年 月 日   |           | 年 月 日 |                            | 決 裁 年 月 日   |             | 年 月 日                     |               |  |
| 支 払 年 月 日 |           | 年 月 日 |                            |             |             | 常 務 理 事 事 務 長 担 当 者 台帳照合印 |               |  |
| 支 給 決 議 書 | 支 払 額     |       |                            |             |             |                           |               |  |
|           | 出 産 日     |       | 年 月 日                      |             |             |                           |               |  |
|           | 出 産 予 定 日 |       | 年 月 日                      |             | 資 格 取 得     |                           | 年 月 日         |  |
|           | 支 給 開 始   |       | 年 月 日                      |             | 資 格 喪 失     |                           | 年 月 日         |  |
|           | 支 給 期 間   |       | 自 年 月 日 日 間<br>至 年 月 日 日 間 |             | 標 準 報 酬 月 額 |                           | 千 円 ( 日 額 円 ) |  |
| 前 回       | 始         | 年 月 日 |                            | 不 支 給 の 理 由 |             |                           |               |  |
|           | 終         | 年 月 日 |                            | 備 考         |             |                           |               |  |

健康保険 出 産 手 当 金 請 求 書 (第 回 目)

|                         |                                                                                                    |  |                      |  |                           |  |                           |  |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------|--|---------------------------|--|---------------------------|--|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | ①被保険者証の<br>記 号 番 号                                                                                 |  | (記号)<br>(番号)         |  | ②被 保 険 者 の<br>氏 名 と 印     |  | ㊟                         |  |
|                         | ③被 保 険 者 の<br>現 住 所                                                                                |  | 〒                    |  | ④被 保 険 者 の<br>標 準 報 酬 月 額 |  | 千 円                       |  |
|                         | ⑤事業所の名称<br>及 び 所 在 地                                                                               |  | 名 称 日本貨物検数協会<br>支 部  |  | 所 在 地                     |  |                           |  |
|                         | ⑥資格を取得<br>した年月日                                                                                    |  | 年 月 日                |  | ⑦被 保 険 者 の<br>業 務 の 種 別   |  |                           |  |
|                         | ⑧ 出 産 予 定 日                                                                                        |  | 年 月 日                |  | ⑨ 出 産 日                   |  | 年 月 日 ⑩・出産前の請求<br>・出産後の請求 |  |
|                         | ⑪ 労 務 に 服 す る こ と が<br>で き な か っ た 期 間                                                             |  | 年 月 日から<br>年 月 日まで   |  |                           |  | 日 間                       |  |
|                         | ⑫ 上 記 期 間 の 報 酬 の 全 部<br>又 は 一 部 を 受 け た 時 、 又 は<br>受 け る こ と が で き る と き は<br>、 そ の 報 酬 額 及 び 期 間 |  | 年 月 日から<br>年 月 日まで   |  | 受 け た 報 酬 額               |  | 円                         |  |
|                         | ⑬振込希望の銀行<br>(喪失者のみ記入)                                                                              |  | 銀行                   |  | 支店 普通・当座 No.              |  |                           |  |
|                         | ⑭ 上 記 の と お り 申 請 い た し ま す 。<br>年 月 日                                                             |  | 住所〒<br>被 保 険 者 の 氏 名 |  | ㊟                         |  |                           |  |
|                         | 日本貨物検数健康保険組合理事長 殿                                                                                  |  |                      |  |                           |  |                           |  |

|            |                                                                     |
|------------|---------------------------------------------------------------------|
| ⑮<br>受 領 書 | 金 円也領収しました。<br>年 月 日<br>日本貨物検数健康保険組合理事長 殿<br>住所〒<br>被 保 険 者 の 氏 名 ㊟ |
|------------|---------------------------------------------------------------------|

受 付 日 付 印

|                                                             |                                                                                 |       |                                                                                     |  |                   |  |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|--|
| 事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ                                       | ⑩ 労務に服さなかった期間                                                                   |       | 年 月 日から<br>年 月 日まで                                                                  |  | 日 間               |  |
|                                                             |                                                                                 |       | ⑪ 出勤は○で、欠勤は×で、年休は年で、公休は公で、週休は週でそれぞれ表示してください。                                        |  |                   |  |
|                                                             |                                                                                 |       | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |  |                   |  |
|                                                             | ㉚ 年 月                                                                           |       |                                                                                     |  |                   |  |
|                                                             | ① 年 月                                                                           |       |                                                                                     |  |                   |  |
|                                                             | ㉛ 年 月                                                                           |       |                                                                                     |  |                   |  |
|                                                             | ⑬ 上 記 の 期 間 中 の 分 と<br>して報酬を「全額支給」<br>した場合、または支給<br>する場合、「一部支給」<br>した場合、またはする場合 |       | 自 年 月 日 至 年 月 日 日 間                                                                 |  | 支 給 額 日 額 支 払 月 日 |  |
|                                                             |                                                                                 |       |                                                                                     |  | 円 円 月 日           |  |
|                                                             |                                                                                 |       |                                                                                     |  | 円 円 月 日           |  |
|                                                             |                                                                                 |       |                                                                                     |  | 円 円 月 日           |  |
| ⑭ 現在までも、又将来も<br>支給しない場合はその旨                                 |                                                                                 |       |                                                                                     |  |                   |  |
| ⑯ 上記のとおり相違ないことを証明します。<br><br>事業主の住所〒<br>氏 名 ㊟<br>電話 局 ( ) 番 |                                                                                 | 年 月 日 |                                                                                     |  |                   |  |

|                             |                                                                                         |  |                    |  |                                 |  |                       |  |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------|--|---------------------------------|--|-----------------------|--|
| 医 師 ・ 助 産 師 が 証 明 す る と こ ろ | ⑰ 出 産 年 月 日                                                                             |  | 年 月 日              |  | ⑱ 出 産 予 定 年 月 日                 |  | 年 月 日                 |  |
|                             | ⑲ 正 常 出 産 又 は<br>異 常 出 産 の 別                                                            |  | 正 常 ・ 異 常          |  | ⑳ 生 産 又 は<br>死 産 の 別            |  | 生 産 ・ 死 産 ( 妊 娠 カ 月 ) |  |
|                             | ㉑ 出 生 児 の 数                                                                             |  | 単 体 ・ 多 胎 ( 児 )    |  | ㉒ 備 考                           |  |                       |  |
|                             | ㉓ 上 記 の 期 間 中 に<br>入 院 を し た 期 間 が<br>あ る 場 合 は そ の 期 間                                 |  | 年 月 日から<br>年 月 日まで |  | ㉔ 入 院 の 費 用 の 別<br>健保・自費・公費・その他 |  |                       |  |
|                             | ㉕ 上記のとおり相違ないことを証明します。<br><br>年 月 日<br>住所(所在地)〒<br>医師又は 助産師の医療機関名<br>氏 名 ㊟<br>電話 局 ( ) 番 |  |                    |  |                                 |  |                       |  |
|                             |                                                                                         |  |                    |  |                                 |  |                       |  |
|                             |                                                                                         |  |                    |  |                                 |  |                       |  |

|       |                                                                                                        |  |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 委 任 状 | ⑮ 私は 年 月 日 請求した出産手当金のうち、金 円也の受領に関すること。<br>被 保 険 者 の 住 所 〒<br>( 請 求 者 ) 氏 名 ㊟<br>代 理 人 の 住 所 〒<br>氏 名 ㊟ |  |
|       | ⑯ 振込希望の銀行 銀行 支店 普通・当座 No.                                                                              |  |

※ 第一回目の請求であるときは、賃金台帳・出勤簿の照合をいたしますので、必ず⑮を添付してください。

※ 出産後の場合は、出産日及び出産予定日の双方にご記入ください。