出産手当金請求書　（第　　回目）

被保険者が記入するところ

①

TSIホールディングス健康保険組合理事長　殿　　年　　月　　日

〒

住　所

被保険者（申請者）　氏　名　　㊞

日中連絡の取れる電話番号

下記のとおり請求します。

②被保険者証の記号・番号	□□□□－□□□□□□	③事業所の名称		④標準報酬月額	千円
⑤出産予定日	年　月　日	⑥出　産　日	年　月　日	備考	
⑦出産のため休んだ期間（申請期間）	年　月　日　から 年　月　日　まで　日間				

⑧退職後申請	㋐退職後の期間に報酬（給与等）がありましたか	ない　・　ある　←ある場合は㋑に記入
	㋑退職後、報酬（給与等）を受けた期間と金額	月　日から　年　月　日まで　円

⑨振込希望口座	銀行・金庫 信組	店　・本店 支店・出張所	預金種別	普　通　・当　座
			口座番号	□□□□□□□
	信連・信漁連 農協・漁協	本所・支所 本店・支店	口座名義（請求者）	※カタカナで記入

※旧姓の口座への振込みはいたしません

給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください

⑩委任状

本請求書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。　　年　　月　　日

被保険者の　住所

氏名　　㊞

代理人の　住所

氏名　　㊞

受付日付印

注1）有給には報酬、賃金等の支給が発生する休み全ての日数を記入してください

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	ⓑ ⓐの期間中出勤・有給日数	
		（出勤）　日	（有給 注1）　日
ⓒ所定休日（該当するものに○）	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土（1・2・3・4・5 週） 日 ・ 祝 ・ シフト制のため不定期 →シフト制の場合右記に日付を記入（　　）	ⓓ給与締切日と支給日	
		日締→ 当 ・ 翌　日払	

ⓔ ⓐの期間に支払われた報酬の（○で囲んでください）　支給をしない　支給をした　→支給をした場合はⓕに記入してください

ⓕ ⓐの期間に支払われた報酬のすべてについて

報酬の名称	日額又は月額	支給対象期間	支給日	支給額	
	円	月　日～　月　日	／	日分	円
	円	月　日～　月　日	／	日分	円
	円	月　日～　月　日	／	日分	円
	円	月　日～　月　日	／	日分	円
	円	月　日～　月　日	／	日分	円

上記のとおり相違ないことを証明します。　年　月　日

所　在　地

事業所　名　称

事業主氏名　㊞

医師または助産婦の意見を記入するところ

ⓖ出産日	年　月　日	ⓗ出産予定日	年　月　日
ⓘ正常出産または異常出産の別	正 常 ・ 異 常	ⓙ生産または死産の別	生 産 ・ 死 産（妊娠　ヶ月）
ⓚ出生児の数	単 胎 ・ 多 胎（　児）		

上記のとおり相違ありません。　年　月　日

所　在　地

名　称

医療機関　医師 助産師　氏名　㊞

電　話

※医療機関の名称、所在地はゴム印を使用してください。

※証明は労務不能と認めた期間が経過した後に記入してください。先付け証明は受付できません。

社会保険労務士の提出代行者印
㊞