

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 令和 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	日間				
	⑧退 さ 職 れ 後 の 申 方 請	⑦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⑦に記入 ⑧退職後、報酬(給与等)を受けた期間と金額 年 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。 令和 年 月 日										
	住所										
	被保険者の 氏名	㊟									
	住所										
代理人の 氏名	㊟										

受付日付印

事業主が証明するところ	㉓ 労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	㉔ ㉓の期間中出勤・有給日数 (出勤) 日 (有給) 日		
	㉕ 所定休日 (該当するものに○) →シフト制の場合右記に日付を記入()	月・火・水・木・金・土(1・2・3・4・5週) 日・祝・シフト制のため不定期	㉖ 給与締切日と支給日 日締→ 当・翌 日払		
	㉗ ㉓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㉔に記入してください	
	㉘ ㉓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
		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。 令和 年 月 日					
所在地					
事業所 名称					
事業主氏名 ㉙					

医師または助産婦の意見を記入するところ	㉚ 出産日	年 月 日	㉛ 出産予定日	年 月 日	
	㉜ 正常出産または異常出産の別	正常・異常	㉝ 生産または死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)	
	㉞ 出生児の数	単胎・多胎(児)			
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日				
	所在地				
医療機関 名称					
医師 氏名 ㉟					
助産師					
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られ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
㊦