

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											
	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: <input type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> 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 口座番号 普通・当座 信連・信漁連 農協・漁協 本所・支所 本店・支店 ※カタカナで記入 ※旧姓の口座への振込みはいたしません												

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	
	信連・信漁連 農協・漁協		本所・支所 本店・支店		口座番号		口座名義(請求者)	

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	⑩ ①の期間中出勤・有給日数		年 月 日から 年 月 日まで		日 間		(出勤) 日		(有給) 日		
	⑪ ②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()				⑫ 給与締切日と支給日 日 締 → 当 ・ 翌 日 払				
	⑬ ③ ④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⑬に記入してください										
	⑭ ④ ⑤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	
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											

医 師 ま た は 助 産 婦 の 意 見 を 記 入 す る と こ ろ	⑮ ⑥ 出 産 日		年 月 日		⑯ ⑦ 出 産 予 定 日		年 月 日			
	⑰ ⑧ 正 常 出 産 又 は 異 常 出 産 の 別		正 常 ・ 異 常		⑱ ⑨ 生 産 又 は 死 産 の 別		生 産 ・ 死 産 (妊 娠 月)			
	⑲ ⑩ 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 名 称 医療機関 医師 氏名 ㊟ 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

㊟