

【記入例】

支給伺 年 月 日

常務理事	事務長	主査	担当者	支給額	法定給付	円	支給期間	自	年	月	日	月額	千円
					附加給付	円		至	年	月	日		
					合計	円	標準報酬	計算式					

出産手当金
出産手当付加金

請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	分娩予定日	2018年4月21日	資格取得年月日	2010年4月1日		
	分娩年月日	2018年4月22日				
	労務に服することができなかつた期間	2018年3月11日より 99日間 2018年6月17日まで	資格喪失後のと きはその年月日	年 月 日		
	上記期間中報酬の全額又は一部を受けたとき或は受け得るときはその期間及び額	年 月 日から 年 月 日まで		日間	_____円	
	被扶養者があるときは その者の	氏 名	生年月日	続柄		
		明・大 昭・平				
		明・大 昭・平				
		明・大 昭・平				

（様式給 第十一号）

上記のとおり申請いたします。

2018年4月15日

東京電力健康保険組合理事長 殿

所属事業所名 PG 東京総支社

被保険者証
記号・番号 300 - 1122222

被保険者

現住所 東京都武蔵野市境南町〇-〇-〇

氏 名 健保 花子 ㊦

振込先 三井住友 銀行 日比谷 支店
(普通) 当座 口座番号 2345678

医師または助産婦が意見を記入するところ	分娩予定年月日	年 月 日	分娩年月日	年 月 日
	出生児の数	単胎・多胎（ 児）	正常分娩又は	正常 異常
	異常分娩のため入院した場合	入院期間	こちらの記入は医師へ依頼してください。	
	上記のとおり相違ありません。			
年 月 日		所在地		
		医療機関名		
		保険医	氏 名	㊟
			電 話	

事業主が証明するところ（在職中）	労務に服さなかった期間	年 月 日より	年 月 日まで	日間
	上記期間中報酬の全額又は一部を受けたとき或は受け得るときはその期	年 月 日より		円
	上記のとおり相違ありません。	こちらの記入はオフィスサービスセンターへ依頼してください。		
	年 月 日	事業主代理人	㊟	