11

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　　日至　　　年　　月　　日　 | 日間 | 月額　　　　　千円日額　　　 　　　円 |
|  |  |  |  |
| 付加給付 | 円 |
| 標準報酬 | 計 算 式 |  |
| 合　　計 | 円 |

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（様式給　第十一号） | 分娩予定日 | 　　　　　年　　　月　　　日 | 資格取得年月日 | 　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　日 |
| 分娩年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 労務に服することができなかった期間 | 年　 月　 日より | 日間 | 資格喪失後のときはその年月日 | 年　　　　　　月　　　　　日 |
| 年　 月　 日まで |
| 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 | 日間 | 　　　　　　　　　　　　円 |
| 年　　　月　 　日まで |
| 被扶養者があるときはその者の | 氏　　　　　　　　名 | 生　年　月　日 | 続柄 |
|  | 昭・平 |  |  |
|  | 昭・平 |  |  |
|  | 昭・平 |  |  |

年　　　月　　　日

上記のとおり申請いたします。

東京電力健康保険組合理事長 殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | HD　・　PG　・　RP　・　EP |
|  | 基幹事業会社 | \*該当の基幹事業会社に〇をつけてください |
|  | 所属事業所名 |  |
| 被保険者 | 社 員 番 号 |  |
| 現　住　所 | 〒 |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ氏　　　名 | 　 |  |
|  | 振　込　先 | 　　　　　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　　　　　　　支店（普通　当座）　　口座番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  |

※押印は廃止となっております。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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） | 正常分娩又は異常分娩の別 | 正　常　・　異　常 |
| 異常分娩のため入院した場合 | 入院期間 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日より　　　　　　年　　　　月　　　　日まで | 日間 |
| 上記のとおり相違ありません。 |
| 　　　年　　月　　日 |
|  | 保険医 | 所　在　地 |  |
| 医療機関名 |  |
| 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間及び額 | 年　　 月　 　 日　より年　　 月　　 日　まで | 　　日間　　　　　　　　　　円 |
| 上記のとおり相違ありません。 |
| 年　　月　　日　　　　 |  |
| 事業主代理人 |  |  |