

決	支給決定日 年 月 日			決定額	資格取得日 年 月 日		
	常務理事	事務長	担当者		資格喪失日 年 月 日		
裁				支給期間	標準報酬月額 円		支給額 円
					年 月 日	千円	円
					変更 年 月迄 千円		支給額 円
					年 月 日	千円	円

出 産 手 当 金 請 求 書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	記号 番号 —	事業所	名称	
	被保険者氏名	(生年月日 年 月 日)		住所	
	出産のため労務に 服さなかった期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日間	連絡先	
	出産予定日		年 月 日	出産年月日	
上記のとおり請求します					
ロイヤル健康保険組合 理事長殿 令和 年 月 日			請求者の 住所 〒 氏名 (印) 電話		
被保険者名義の振込銀行口座					
<input type="checkbox"/> 銀行		<input type="checkbox"/> 本店		普通預金	
<input type="checkbox"/> 信用金庫		<input type="checkbox"/> 支店		口座番号	
<input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> 出張所		カナ	
				名義	

医 師 ・ 助 産 師 記 入 欄	出産予定年月日	年 月 日		請求者に対する左記の内容に相違ありません 年 月 日		
	出産年月日	年 月 日		住所(所在地)		
	生産・死産 の別	<input type="checkbox"/> 生産 (妊娠第 週)	単胎・多胎 の別	<input type="checkbox"/> 単胎	医療機関名	
		<input type="checkbox"/> 死産 (妊娠第 週)		<input type="checkbox"/> 多胎	医師名 (印)	
				電話		

事 業 主 証 明 欄	労務に服さなかった日【出勤は○、有休は△、公休は／、産休は－、育休は×で、それぞれ表示して下さい。】																														産休日数		
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
労務に服することができなかった期間に対して、賃金を支給しましたか。																																	
<input type="checkbox"/> いいえ																																	
<input type="checkbox"/> はい → 支給額 _____ 円 一日当たりの日額 _____ 円																																	
※賃金台帳(写)を添付してください																																	
上記のとおり相違ないことを証明します																																	
令和 年 月 日																																	
事業所所在地																																	
事業所名称																																	
事業主名 (印)																																	

給付金に関する受領を代理人に委託する(被保険者名義以外の口座に振り込みを希望される)場合にご記入ください。

受 付 日

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	被保険者氏名 (印)
住所	
代理人の氏名	(印)
電話	
(委任者と代理人との関係)	