

給付金支給決定決議書	常務理事	事務長	業務課長	係長	担当者	金額				万	千	百	十	円
						分	娩							
	資格取得	年 月 日				支給期間	自	年 月 日				日間		
	資格喪失	年 月 日						年 月 日						
	標準報酬月額	年 月 日		千円		入院期間	自	年 月 日				日間		
		年 月 日		千円				年 月 日						
	一部不支給	月 日 ～ 月 日 日間				法 108 条 該 () ・ 否								

出 産 手 当 金 請 求 書 (第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号番号	—			② 事業所 の 名 称						
	③ 分娩年月日	令和 年 月 日			④ 予定年月日	令和 年 月 日					
	⑤ 分娩した医療機関等 及び入院期間	病院名				入院した 期 間	自	年 月 日			日間
		所在地						年 月 日			
	⑥ 出産のため 仕事につけな かった期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 日 間									
	⑦ 上記の期間中に給料(手当等を含む)を	受けた ・ 一部受けた ・ 受けない									
	⑧ 出生児の氏名 ・ 生 年 月 日	氏 名				生 年 月 日	令和 年 月 日				
							令和 年 月 日				
							令和 年 月 日				
	⑨ 上記のとおり申請します。										
令和 年 月 日 郵便番号 — 被保険者 住 所 (請求者) 氏 名 宮城県自動車販売健康保険組合 殿 T E L — —											
委 任 状	上記金額の受領をつぎのとおり委任します。 住所 ⑩ 委任された者の氏名 ⑪ 委任する者(請求者)の氏名										
⑫ ☐ 公金受取口座を希望する場合は□にチェックを入れて下さい。⑬記載は不要です。											
⑬ 払渡希望の銀行名		・請求者(被保険者)と預金者が違う場合は委任状欄をご記入下さい。						受 付 印			
銀 行 名		銀行 本・支店									
口 座 の 種 類		普通預金 ・ 当座預金 ・ 貯蓄預金									
口 座 の 記 号 番 号											
預 金 者 の 氏 名		フリガナ									

◎保険給付金の支払は銀行振込となります。

[illegible]