理事長	常務理事	事務長	係　員	係　員

受付年月日	令和　　年　　月　　日	
伺年月日	令和　　年　　月　　日	
決裁年月日	令和　　年　　月　　日	
支　給　額	円	
支　給　内　訳	出産手当金	円
	出産手当付加金	円
標準報酬月額	千円（第　　級）	

資格取得	年　　月　　日
資格喪失	年　　月　　日
支払年月日	年　　月　　日

出産手当金（付加金）請求書

被保険者証の記号・番号	―		事業所の名称	公益財団法人 天理よろづ相談所	標準報酬月額	
氏　名			生年月日	昭・平　　年　　月　　日		
労務に服しなかった期間	自　令和　　年　　月　　日 至　令和　　年　　月　　日　　日間			分娩予定日又は分娩日	令和　　年　　月　　日	
出産した場所	医療機関等の名称					自宅
	医療機関等の所在地					
払込希望銀行	銀行　　支店　普通預金（　　）					

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

〒　　－

住所

被保険者の　　TEL　　－　　－

氏名　　㊞

天理よろづ相談所健康保険組合 理事長　殿

医師・助産師の証明欄

分娩予定日	令和　　年　　月　　日	入院期間	自　令和　　年　　月　　日 去　令和　　年　　月　　日　　日間
分　娩　日	令和　　年　　月　　日		

上記のとおり相違ないことを証する。

令和　　年　　月　　日

医療施設の名称・所在地

医師・助産師名　　㊞

事業主証明欄

労務に服しなかった期間	自　令和　　年　　月　　日 去　令和　　年　　月　　日　　日間	左記期間中に支給した報酬額	

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和　　年　　月　　日

事象所所在地　　奈良県天理市三島町200番地

事業所名称　　公益財団法人天理よろづ相談所

事業主氏名　　理事長　増野　正俊　㊞