

ご自身の被保険者 記号・番号を記入		1 - 123**		事業所の 名称・所属	ご自身の所属名と内線を記入	
		記号-番号			(内線)	
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	ご自身の出産に関する内容を記入 (出産日は産前休暇の日数に含む)					
	出産年月日		令和 7 年 2 月 8 日	出産予定年月日		令和 7 年 2 月 5 日
	出産のため 休んだ期間		令和 6 年 12 月 26 日 から 令和 7 年 4 月 5 日 まで		101 日間	
	上記の期間中の 報酬について		事業主の証明のとおり			
委 任 状	上 記 の と お り 請 求 し ま す					
	令和 7 年 4 月 10 日		申請日を記入			
	ジーエス・ユアサ健康保険組合理事長 殿					
	被 保 険 者		住 所	京都市		ご自身の住所・氏名を記入
事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ			氏 名	健保 花子		押印 忘れずに
	所 属		(社内TEL)			
	この給付金の受領を		氏 名	印 に委任します		
	請求者氏名 印					
医 師 ・ 助 産 師 が 記 入 す る と こ ろ	労務に服さなかった 期 間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日 間		
	上 記 期 間 中 の 報 酬 の 明 細		事業主に記入・証明を依頼			
	月 決 め の 給 与		月 分 円		1 日 当 り 円	
	上 記 の と お り 相 違 い こ と を 証 明 し ま す 令和 年 月 日					
医 師 ・ 助 産 師 が 記 入 す る と こ ろ	出産年月日	令和 年 月 日	生産・死産の別	生産・死産 (妊娠 月 週)		
	出産予定年月日	令和 年 月 日	出生児の数	単胎・多胎 (児)		
	入院して 出産したとき	入 院 期 間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日 間		
	上 記 の と お り 相 違 い あり ませ ん					
出産した病院(産院)の医師、助産師に記入依頼						
所在地 医療機関 名 称 担当医師の氏名 印 TEL ()						