

出産手当金請求書

常務理事	事務長	担当者	担当者

被保険者記入欄	被保険者証 記号・番号	123	456789	休業した 期 間	令和 00 年 00 月 00 日～令和 00 年 00 月 00 日
	氏 名	健保 花子		生年月日	昭和 平成 00 年 00 月 00 日 令和
	資格喪失後 請求のとき	川汽健保の資格取得日 H/R 年 月 日	川汽健保の資格喪失日 H/R 年 月 日	現在加入している健康保険の名称 【 】	
	上記のとおり請求します。				〒 000 - 0000 住所 000 県 0000000 - 00 - 00
添付書類		「続紙」 (ご不明な場合は所属事業所の健保担当者にお問い合わせください)			

医師または助産婦記入欄	分娩 年月日	令和 00 年 00 月 00 日	出生児の数	単胎 / 多胎	生産・死産の別	生産 / 死産
	分娩に関する 意見等					
	分娩*予定 年月日 (*自然分娩)	令和 00 年 00 月 00 日	保険診療に よる入院	令和 00 年 00 月 00 日～令和 00 年 00 月 00 日 (00 日間)		
	上記のとおり相違ありません。				令和 00 年 00 月 00 日	
【医療機関の所在地・名称】		〒 000 - 0000 000 県 0000000 - 00 - 00 0000000000 病院				
医師または助産婦の氏名		00 00		TEL (必須) 0000 - 00 - 0000		
お願い	・ご用意があれば、医療機関の所在地・名称等はゴム印を押してください。 ・ご記入内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。					

事業主証明欄	労務に服さなかった期間	令和 00 年 00 月 00 日 ~ 令和 00 年 00 月 00 日 (000 日間)			
	上記期間に対して報酬の支給は ありますか(通勤手当等含む)	□はい ・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ			
	▶上記回答が「はい」の場合 報酬支給状況	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)	【支給金額】	円	
	[連絡事項等]				
上記のとおり相違ないことを証明します。		令和 00 年 00 月 00 日			
【事業所所在地・名称】		〒 000 - 0000 000 県 0000000 - 00 - 00 0000000000 株式会社			
事業主氏名		00 00		TEL 0000 - 00 - 0000	
添付書類	上記回答が「はい」で請求期間に報酬の支払いがある場合、出勤簿写と給与明細書の写				

組合決定欄	標準報酬等級	支給決定日	令和 年 月 日		
	R 年 月 ~ R 年 月 千円	支給日	令和 年 月 日		
	R 年 月 ~ R 年 月 千円	支給期間	令和 年 月 日 ~		
	R 年 月 ~ R 年 月 千円		令和 年 月 日		
	□ 資格取得1年未満 千円	支給日数	日	日額	円 (そのうち減額分 円)
	支給済期間	令和 年 月 日 ~		令和 年 月 日	
令和 年 月 日	支給決定金額		円		

受付日付印