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		休業した 期　間	令和　年　月　日～令和　年　月　日
氏　名		生年月日	昭和 平成　年　月　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。

令和　年　月　日

請求者　〒　－

住所

川崎汽船健康保険組合 理事長殿

氏名

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　年　月　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　年　月　日	保険診療に よる入院	令和　年　月　日～令和　年　月　日 (　　日間)		

上記のとおり相違ありません。　令和　年　月　日

【医療機関の所在地･名称】〒　－

医師または助産婦の氏名　TEL（必須）　－　－

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　年　月　日 ～ 令和　年　月　日（　　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　・　□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　年　月　日

【事業所所在地･名称】〒　－

事業主氏名　TEL　－　－

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 R　年　月～R　年　月　千円	支給期間	令和　年　月　日～ 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	支給決定金額	円
令和　年　月　日～ 令和　年　月　日		

受付日付印