記入例

出産手当金請求書（第　　回）

被保険者が記入	被保険者氏名	日新　花子		所属	×××部	標準報酬月額	記入不要
	従業員番号	×××××		事業所の名称	日新電機（株）		
	分娩前の請求であるときは分娩予定日 分娩後の請求であるときは分娩の日			元号××年××月××日　分娩予定 ・ 分娩			
	分娩のため休んだ期間			元号××年××月××日　から 元号××年××月××日　まで　×××日間			
	上記の期間中、報酬（賃金）を受けましたか、または受けられますか			受けた ・ 受けない ・ 受けられる ・ 受けられない			
	入院した場合	病院の所在地		××市××区×××町50－1番地			
		病院の名称		××産婦人科			
		入院の期間		元号××年××月××日　から 元号××年××月××日　まで　××日間			
事業主の証明	労務に服せなかった期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間		左記の期間中に支払った報酬額	期間　/　～　/ 円		
	上記のとおり相違ない事を証明する。 年　月　日　事業主　所在地 名　称 氏　名　㊞						
医師または助産婦の証明	分娩年月日	年　月　日　分娩					
	分娩予定年月日	年　月　日　分娩予定					
	入院して分娩時は、その			日間	入院費用の別	健　保 ・ 自　費 公　費 ・ その他	
	上記のとお	在地 年　月　日　（助産婦）名　称 氏　名　㊞					

担当医に記入してもらってください。

上記のとおり出産手当金を請求します。

なお私の受ける上記給付金の受領方を 事業所名 日新電機（株） 社長 ××××× に委任します。

元号××年××月××日

日新電機健康保険組合理事長殿

被保険者

住所　××市××区××町C－1

氏名　日新　花子　㊞

支給決定及び支払決議書

常務理事	事務長	係	支給月日	支給期間	支給金額
			年　月　日	月　日～ 月　日　日間	円