

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		事業所の名称	日新電機株式会社		
	被保険者証の記号番号	記号 11	番号 99999	所 属	●△ 部 調査 課		
	被保険者の資格を取得した日	元号●●年 4月 1日		標準報酬月額	記入不要		
	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 9月 15日	分娩予定	分娩	
	分娩のため休んだ期間	元号●●年 7月 22日から 元号●●年11月 10日まで		112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	京都市右京区梅津高畝町B-1番地				
病院の名称		○△産婦人科					
入院の期間		自 元号●●年 9月 15日 至 元号●●年 9月 21日 7日間					
事業主の証明	労務に服せなかった期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日間	左記の期間中に支払った報酬額	/ ~ / 円		
	上記のとおり相違ない事を証明する。			所在地	_____		
		年 月 日	事業主	名称	_____		
			氏名	_____ (印)			
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			
	入院して分娩した時は、その期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	入院費用の別	健保・自費 公費・その他		
	上記のとおり相違ない事を証明する。			医師 所在地	_____		
		年 月 日	(助産婦) 名称	_____			
			氏名	_____ (印)			

担当医に記入してもらって下さい

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日新電機株式会社 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 住所京都市右京区梅津●△町C-1
 氏名 日新 花子 (印)

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	自 月 日 至 月 日 日間	円