

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