

出産手当金請求書 (第 回)

被 保 険 者 が 記 入	被保険者氏名		事業所の名称	
	被保険者証の記号番号	記号 — 番号	所 属	部 課
	被保険者の資格を取得した日	年 月 日	標準報酬月額	千円
	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		年 月 日	分娩予定・分娩
	分娩のため 休んだ期間	年 月 日から 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		
病院の名称				
入院の期間		自 年 月 日 至 年 月 日		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	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。 年 月 日 所在地 _____ 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	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。 年 月 日 医師 所在地 _____ (助産婦) 名称 _____ 氏名 _____ (印)			

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。

年 月 日
日新電機健康保険組合理事長殿

住所 _____
被保険者 氏名 _____ (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