

支給額	出産手当金	円
	出産手当金付加金	円
支給期間	年 月 日から	日間
	年 月 日まで	
標準報酬月額	円(第 級)	

常務理事	事務長	係長	係員
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
前回	始	年 月 日	
	終	年 月 日	
支払年月日	年 月 日		
不支給理由			

出産手当金・出産手当金付加金請求書

(第 〇 回目)

日東電工健康保険組合理事長殿						令和 〇 年 〇 月 〇 日	
住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1							
被保険者 氏名 健保 花子						健印	
下記のとおり請求します。							
被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号	2001- 0000	事業所の名称	〇〇〇株式会社〇〇事業所	被保険者の業務の種別	経理担当事務	
	分娩前の別	分娩前・分娩後		分娩年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
	分娩後の別			分娩予定年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
	分娩のため休んだ期間	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日から			〇〇日間		
	上の期間の報酬の全部または一部を受けたときまたは受けられるときはその報酬額および期間			〇/〇~〇/〇 有休 報酬額00,000円			
振込先金融機関名	銀行	支店	普通当座	口座番号	口座名義 (フリガナ)		

※ 在職者の場合、給与口座に振り込みます。(口座記入不要)

※ 任意継続被保険者の場合、健保給付金振込登録口座に振り込みます。(口座記入不要)

医師または助産師の意見	分娩年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	分娩	単胎 (〇 児)
	分娩予定年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	分娩予定	多胎 (〇 児)
	正常分娩または異常分娩の別	正常・異常	生産または死産の別	生産・死産 (妊娠 〇 ヶ月)
	上のとおり相違ありません。			
	医療機関所在地	〇〇県 〇〇市 〇〇町 2-2		
医療機関の名称	〇〇産婦人科医院			
医師又は助産師の氏名	保険 次郎	印	電話	00 (0000) 0000

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日から			〇〇日間			
			令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで					
	上の期間の報酬の全部または一部を支払ったときは報酬額および期間	令和 〇〇年 〇月 〇日からの分			金 00,000 円 日額 (〇月 〇日支払) (金 〇,000 円)			
	上のとおり相違ないことを証明します。							
	事業所所在地	〇〇県 〇〇市 〇〇町 3-3			令和 〇 年 〇 月 〇 日			
事業所名称	〇〇〇〇(株) 〇〇事業所							
事業主名	事業所長 〇〇〇〇			印	電話 00 (0000) 0000			

※ 勤務記録表と給与明細書の写を添付して下さい。