

【送付先】道修町ビル シノギ総合サービス 出産手当金申請窓口

出 産 手 当 金 請 求 書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証	記号		分室		氏名 No.			
		番号		所属					
	分娩予定日	平成	年	月	日	出生児の人数	人		
	分娩年月日	平成	年	月	日				
	分娩の為に休んだ期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで (日間)							
上記期間中に報酬を受けた時 その期間と報酬の額	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで (日間)	_____円
<p>上記により「出産手当金」を請求いたします。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者 住 所 _____</p> <p style="text-align: right;">氏 名 (戸籍名) _____ (印)</p>									
受 取 委 任 の 欄	<p>本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。</p> <p>※給与支払いでの給付手続きを事業主に依頼するため必要ですので、必ず記入・捺印ください。</p> <p>(任意継続被保険者の方は当欄への記入は不要です)</p> <p>平成 年 月 日 被保険者氏名 (戸籍名) _____ (印)</p>								

医 師 ま た は 助 産 師 の 証 明 欄	分娩予定日	平成	年	月	日	生産・死産の別	生産	児
	分娩年月日	平成	年	月	日		死産 (妊娠 ヶ月)	児
	<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 _____</p> <p style="text-align: right;">氏 名 _____ (印)</p>							

労務に服さなかった期間	平成 年 月 日から
	平成 年 月 日まで 日間

下記の欄は労務に服さなかった期間の勤怠をご記入ください。
 出勤は○、年休は△、休日（会社が休みの日）は休、欠勤・休職等は×で表示してください。

年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

上記期間中に報酬を支給したとき
 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで 日間

内 訳	日額	月 日 ~ 月 日分	月 日 ~ 月 日分
	基準給与	円	円
通勤費	円	円	円
食事手当(月分)	円	円	円
健康観察出勤手当	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
計		円	円

内 訳	月 日 ~ 月 日分	月 日 ~ 月 日分	月 日 ~ 月 日分
	基準給与	円	円
通勤費	円	円	円
食事手当(月分)	円	円	円
健康観察出勤手当	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
計	円	円	円

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

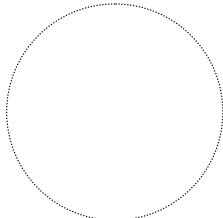
事業主 住 所

名 称

氏 名



健保組合受付



注 意 事 項 ・ 添 付 書 類 等

- ・ 出産手当金は女子被保険者が分娩の為休んだとき・報酬が受けられないとき、分娩日以前42日（多児妊娠の場合は98日）間、分娩日後56日間、（分娩の日が分娩予定日より遅れた場合は、その遅れた期間も支給されます）休んだ日1日につき直近12ヵ月の標準報酬月額平均額の1/30の3分の2が支給されます。
- ・ 鉛筆書、記入・捺印漏れは受付られません。