

支給額	円	日額	円
算式	円 × 2/3 × 日		
	控除額 (会社給与) 円		
支給期間	平・令 年 月 日から 日間 平・令 年 月 日まで		
入院期間	平・令 年 月 日から 日間 平・令 年 月 日まで		
法第 51 条 係 関	該 当 不該当		

支給決定			
年 月 日			
常務理事	事務長		
資格取得	昭・平・令 年 月 日		
資格喪失	平・令 年 月 日		
前回	始	平・令 年 月 日	
	終	平・令 年 月 日	
不支給理由			

出産手当金請求書

(第 回目)

被保険者が記入する欄
です。(太枠内)

令和 ○年 6月 1日

健康保険組合理事長殿

住所 〒000-0000
東京都中央区晴海1-2-3

被保険者 氏名 **住友 花子** (住友)

電話番号 **000-0000-0000**

(連絡のつきやすい番号を記入)

下記のとおりに請求します。

記号・番号	記号 1 番号 123456	事業所名	住友商事株式会社
分娩前・後申請の別(該当に○)	分娩前・ 分娩後	分娩前に請求するときは分娩予定年月日 分娩後に請求するときは分娩年月日	平・ 令 ○年 4月 1日
分娩のため休んだ期間	平・ 令 ○年 2月 19日 から 平・ 令 ○年 5月 27日 まで		98 日間
うえの期間に受けるべき報酬(賃金)がある場合は、その期間および報酬額	平・ 令 ○年 2月 19日 から 平・ 令 ○年 2月 28日 まで	10 日分	受領(予定)額 100,000 円
入院して分娩したとき	産院または病院名 ○○病院	所在地	東京都中央区○○○ ○-○-○
	入院した期間 平・ 令 ○年 3月 31日 から 平・ 令 ○年 4月 7日 まで		8 日間

医師または助産師の意見	分娩予定年月日	平・令 年 月 日 予定	出生児の数(該当に○ および記入)	単胎 多胎 (児)
	分娩年月日	平・令 年 月 日 分娩		
	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 ヶ月)
	入院して分娩したときはその期間	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで	日間	[入院期間中の診療報酬の扱い] 健保 ・ 自費 ・ その他
	うえのとおり相違ありません。	令和 年 月 日 住所		
	医療機関名 (職名) 氏 名			㊟

事業主証明	労務に服さなかった期間	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで	日間
	うえの期間中の分として支払う報酬関係	全額支給の場合	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで の分 金 円 (日 額 円) (月 日支払)
		一部支給の場合	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで の分 金 円 (日 額 円) (月 日支払)
	支給しない場合	事業主の記入欄です。	
	うえのとおり相違ないことを証明します。	令和 年 月 日 住所	
	事業主 氏 名		㊟