

(被保険者 事業主 健康保険組合)

支給年月日	令和 年 月 日
支給額	¥ 円
支給期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
標準報酬月額	(第 級) 円(日額 円)

決定	令和 年 月 日	
常務理事	事務長	担当者

出産手当金請求書(第 回目)

日本化薬健康保険組合理事長殿

令和 年 月 日

(被保険者)

住所

氏名

下記のとおり申請します

被保険者証の 記号と番号	記号 番号	事業所名	標準報酬 等級月額	千円
資格取得	昭和 平成 令和 年 月 日	資格喪失	年 月 日	第 等級
分娩日 (予定)	令和 年 月 日	分娩のため 休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
上記の内報酬を 受けた期間と額	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日分	報酬額	円
入院して 分娩	医療機関名	所在地	出生児氏名	続柄
	入院した 期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	

委任 状	表記請求金額の受領を _____ に委任します
	令和 年 月 日 被保険者氏名

受付日付印

事業主の証明欄	労務に服さなかった期間		令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間
	上記の期間中報酬支払いの有・無	全額支給の場合	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日分 (支払額 円)
		一部支給の場合	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日分 (支払額 円)
	<p>上記の内容に相違ないことを証明します</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>事業主名称</p> <p>氏名</p>										

退職後に申請する場合は必ず下記証明を添付願います。

医師または助産師の意見	分娩年月日	令和	年	月	日(正常・異常)	分娩 分娩予定	生産(単胎・多胎) 死産(妊娠 ヶ月)
	入院して分娩したときはその期間	令和	年	月	日から	日間	健保・自費・その他
	<p>上記の内容に相違ないことを証明します</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>名称</p> <p>医療機関 住所</p> <p>医師または助産師</p>						

受付日付印