

(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	平成 年 月 日から 平成 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 2 年 2 月 20 日

(被保険者)

住所 北海道〇〇市〇〇1-2-3

氏名 健保 花子

下記のとおり申請します

被保険者証の 記号と番号	記号 624	番号 000000	事業所名	〇〇支社	標準報酬 等級月額	280千円
資格取得	昭和 平成 令和	15年 4月 1日	資格喪失	年 月 日		第17等級
分娩日 (予定)	令和 元年 11月 22日	分娩のため 休んだ期間	令和 元年 10月 11日から 令和 2年 1月 16日まで		98 日間	
上記の内報酬を 受けた期間と額	令和 元年 10月 11日から 令和 2年 1月 2日まで	84 日分	報酬額	636,000	円	
入院して 分娩	医療機関名	〇〇〇〇病院	所在地	△△市〇〇町	出生児氏名	続柄
	入院した 期間	令和 〇年 〇月 〇日から 令和 〇年 〇月 〇日まで	〇 日間		健保 一郎	長男

委任状	表記請求金額の受領を 〇 〇 〇 〇 に委任します 令和 15 年 2 月 20 日 被保険者氏名 健保 花子
-----	---

受付日付印