

記入しないでください	決定金額				常務理事	事務長	課長	課長代理	担当者
	出産手当金								
	出産手当金支給決定期間	平成 令和	年 月 日から	平成 令和	年 月 日まで	日間	標準報酬日額		
	不支給期間	平成 令和	年 月 日から	平成 令和	年 月 日まで	日間	円		
	資格取得	昭和 平成 令和	年 月 日	資格喪失	平成 令和	年 月 日	円		
算式	標準報酬日額				日数	円 × $\frac{2}{3}$ × 日 = 円			

出産手当金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	記号 999	番号 1111	被保険者の 氏名	小田急 花子	生 年	昭和 56年 2平成	健保担当 課長
	被保険者の 現住所	〒000-0000 神奈川県相模原市0009-8-5 電話 000 (000) 0000						係長 印
	事業所 の名称	株式会社 00000000						係長 印
	この請求は分娩 前のもので か、分娩後のも のですか	前 分娩 後	分娩 予定日	平成 1年 5月 2日	分娩日	平成 1年 5月 5日	係員 印	
	分娩のため労務 に服さなかった 期間	産前	平成 令和	31年 3月 22日から	平成 令和	1年 5月 5日まで	係員 印	
		産後	平成 令和	1年 5月 6日から	平成 令和	1年 6月 30日まで	101日間	
	うえに記入した 期間中の報酬を	受けた	受けない	平成 令和	31年 3月 22日から	平成 令和	31年 3月 25日まで	4日間の分として 28,400円
	うえのとおり請求します							
	令和 1年 6月 30日 被保険者名 小田急 花子 印 小田急グループ健康保険組合理事長殿							
	うえの決定金額の受領方を 職名 人事部長 氏名 0000 に委任します 令和 1年 6月 30日 被保険者名 小田急 花子 印 小田急グループ健康保険組合理事長殿							

事業主が証明するところ	労務に服さな かった期間	平成 令和 令和	31年 3月 22日から	101日間	平成 令和	1年 6月 30日まで	金 28,400円	日額 金 7,100円	
	うえの 支払 期間 の 分 と 係	全額支給した 場合、または 支給する場合	平成 令和 令和	31年 3月 22日から	日間の分として	平成 令和	31年 3月 25日まで	(3月 25日支払)	日額 金 7,100円
		一部支給した 場合、または 支給する場合	平成 令和 令和	年 月 日から	日間の分として	平成 令和	年 月 日まで	(月 日支払)	日額 金 円
	現在までも、また将 来も支給しない場 合は、その旨	うえ以外、給与規則により支給しない							円
	うえのとおり相違ないことを証明します								令和 1年 6月 30日
所在地 東京都新宿区0008-8-8								印	
事業主 名称 00000 株式会社									
氏名 人事部長 0000									

医師または助産師が証明するところ	分娩予定年月日	令和 1年 5月 2日	分娩年月日	令和 1年 5月 5日
	分娩後のときは	死産 (妊娠 ヶ月)	出生児の数	単胎・多胎(児)
	生産死産の別	生産 (妊娠 ヶ月)	令和 1年 5月 10日	
	うえのとおり相違ないことを証明します			
	住所 東京都新宿区0009-9-9			
職名 (医師) 名称 00000 総合病院				
氏名 印				
電話 000 (000) 0000				

記入上の注意

- 1.印ははっきり押し、捺印もれのないようにしてください。
- 2.訂正したときは、それぞれの記入者は氏名の末尾に押した印を訂正印として押してください。