

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						
	資格取得	昭和 平成 令和	年	月	日	資格喪失	平成 令和	年	月	日						
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	番号	被保険者の 氏名	生 年	昭和 平成	健保担当 課長	
		999	1111	小田急 花子	56	2平成		
	被保険者の 現住所	〒000-0000 神奈川県相模原市0009-8-5					方	印
	事業所 の名称	株式会社 00000000					出生児 の数	係長
							単胎 多胎 (児)	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		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	101日間	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		
	うえに記入した 期間中の報酬を	受けた・ <u>受けなし</u>	平成 令和	年 月 日から	日間の分として	平成 令和	年 月 日まで	円
	うえのとおり請求します							
令和 1年 6月 30日	被保険者 氏名	小田急 花子					小田急	
小田急グループ健康保険組合理事長殿	職名	人事部長						
うえの決定金額の受領方を	氏名	0000					に委任します	
令和 1年 6月 30日	被保険者 氏名	小田急 花子					小田急	
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		
			1年6月30日まで			
	うえの 支払 期間 の 報 酬 関 係	全額支給した 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	円 日額 金 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	円 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	給与規則により支給しない			
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						
事業主 名称 00000 株式会社						
氏名 人事部長 0000						
印						

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 流産 (妊娠 ヶ月)			
	うえのとおり相違ないことを証明します 令和 1年 5月 10日				
	住所 東京都新宿区0009-9-9				
職名 (医師) 名称 00000 総合病院					
氏名					
電話 000 (000) 0000					
印					

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。