

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 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	年齢	健保担当 課長	
	被保険者の 現住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 神奈川県相模原市〇〇〇9-8-5 電話 〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇						係長	
	事業所 の名称	株式会社 〇〇〇〇〇〇〇〇						係長	
	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 令和	1年5月7日	分娩日	平成 令和	1年5月7日	係員
	分娩のため労務 に服さなかった 期間	産前	平成 令和	31年1月30日から	平成 令和	1年5月7日まで	154日間		係員
	産後	平成 令和	1年5月8日から	平成 令和	1年7月2日まで				係員
うえに記入した 期間中の報酬を	受けた・ <u>受けない</u>	平成 令和	年	月	日から	日間の分として 円			
うえのとおり請求します									
令和 1年 7月 3日 被保険者名 小田急 花子 (小田急印) 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 〇〇〇〇 に委任します 令和 1年 7月 3日 被保険者名 小田急 花子 (小田急印) 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1月30日から	154日間	平成 令和	1年7月2日まで	金 円	日額 金 円
	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	平成 令和 令和	年 月 日まで	( 月 日支払 )	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 令和	年 月 日まで	( 月 日支払 )	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 7月 5日								
所在地 東京都新宿区〇〇〇8-8-8 事業主 名称 〇〇〇〇〇 株式会社 氏名 人事部長 〇〇 〇〇 (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 7日	分娩年月日	令和 1年 5月 7日
	分娩後のときは 生産死産の別	死産 (妊娠 ヶ月) 生産 (妊娠 ヶ月)	出生児の数	単胎・ <u>多胎</u> (2児)
	うえのとおり相違ないことを証明します 令和 1年 7月 10日			
	住所 東京都新宿区〇〇〇9-9-9 職名 ( 医師 ) 名称 〇〇〇〇〇 総合病院 氏名 電話 〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇 (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。