

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	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00009-8-5 電話 000 (000) 0000						印
	事業所 の名称	株式会社 00000000						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 1年5月7日	分娩日	平成 31年4月4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27日から	平成 令和	31年4月4日まで	35日間	印
		産後	平成 令和	1年4月5日から	平成 令和	1年4月30日まで		
	うえに記入した 期間中の報酬を	受けた・ <u>受けない</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 5月 2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 5月 2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27日から	35日間	平成 令和	31年4月30日まで	金 円	日額 金 円	
	うえの 支払 期間 中 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	平成 令和 令和	年月日まで	(月日支払)	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	平成 令和 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	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 5月 3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 7日	分娩年月日	令和 31年 4月 4日
	分娩後のときは 生産死産の別	生産・ <u>死産</u> (妊娠 9ヶ月) 流産 (妊娠 ヶ月)	出生児の数	<u>単胎</u> ・多胎(児)
	うえのとおり相違ないことを証明します 令和 1年 5月 1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。