

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			
	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	1昭和 2平成	年	健保担当 課長					
	被保険者の 現住所	〒							方				
	事業所 の名称						出生児 の数	単胎 多胎 (児)	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	年	月	日	分娩日	平成 令和	年	月	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	年	月	日から	平成 令和	年	月	日まで	日間		
		産 後	平成 令和	年	月	日から	平成 令和	年	月	日まで	日間		
	うえに記入した 期間中の報酬を	受けた・受けない 受けられる・受けられない	平成 令和	年	月	日から	平成 令和	年	月	日まで	日間の分として	円	
	うえのとおり請求します												
令和 年 月 日 被保険者氏名 ④ 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 氏名 氏名 被保険者氏名 ④ 令和 年 月 日 氏名 氏名 被保険者氏名 ④ 小田急グループ健康保険組合理事長殿													

請求者印

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	年	月	日から	平成 令和	年	月	日まで	日間			
	うえの 支えの 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	年	月	日から	平成 令和	年	月	日まで	日間の分として	金 円 (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	年	月	日から	平成 令和	年	月	日まで	日間の分として	金 円 (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												
うえのとおり相違ないことを証明します 令和 年 月 日													
所在地 事業主 名称 氏名 ④													

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 年 月 日	分娩年月日	令和 年 月 日
	分娩後のときは 生産死産の別	生産・ 死産 (妊娠 ヶ月) 流産 (妊娠 ヶ月)	出生児の数	単胎・多胎 (児)
	うえのとおり相違ないことを証明します 令和 年 月 日			
住所 職名 () 名称 氏名 ④ 電話 ()				

2019.5

受付日付印

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印を訂正印として押してください。