

# 出産手当金支給請求書

請求日 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者の 記号と番号	記号 2 番号 123456	被保険者の 氏名・生年月日	太陽 花子 昭和・平成 2 年 8 月 17 日生		
	被保険者の 住所	(〒 370 - 8522 ) 群馬県高崎市栄町 1-1□			TEL	027-322-6789
	事業所 の名称	太陽誘電(株) 玉村工場				
	今回の出産手当金の申請は、 出産前の申請ですか、 それとも出産後の申請ですか。	・ 出産前の申請 ・ 出産後の申請				
	上記で「出産前の申請」の場合は、 出産予定日をご記入下さい。 「出産後の申請」の場合は、 出産日と出産予定日をご記入下さい。	出産予定日	R02 年 2 月 1 日			
		出産日	R02 年 1 月 24 日			
	分娩のため 休んだ期間 (請求期間)	R01 年 12 月 22 日 から R02 年 3 月 20 日 まで				90 日間
うへの期間中出勤した があるときはその月日	月 日から	日間	うへの期間中有給休暇を とった日があるときはその 月 日	12 月 23 日から	5 日間	
	月 日まで			12 月 27 日まで		

## 注意事項

- 出産手当金が支給されるのは、分娩の日以前 42 日(双児以上の場合は 98 日)間、分娩の日以後(分娩日は産前) 56 日間のうちで仕事を休んだ日数分です。  
分娩の日が分娩予定日より遅れた場合は、その遅れた期間も支給されます。
- 被保険者の資格を喪失した者が請求する場合、請求期間の内在籍していた日があるときは、事業主の証明を受けてください。
- この請求書を提出するときは、請求期間経過後に提出して下さい。

〈 受付印 〉

## 【被保険者の方へ】

事業主証明、医師または助産師の意見が必要となりますので

【出産手当金支給請求書 2/2】もご手配ください。

太陽誘電健康保険組合

出産手当金支給請求書 1/2

事業主が証明するところ	労務に服さなかった日(該当する日を○で囲むこと)																																
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日間
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日間
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日間
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日間
	●給与締日と支払日を記入して下さい。												締日	日	支払日	(当月・翌月)	日																
	上記期間中で出勤した期間	/ ~ /												日間	上記期間中で有給休暇をとった期間	/ ~ /												日間					
	労務に服さなかった期間中の賃金の支払いについて(1)、(2)のいずれかに○をつけてください。 (1) 現在までも将来も支給しない。 (2) 全部支給又は一部支給した(する)。下記にその内訳を記入して下さい。																																
	内 訳 (100%出勤したときの金額)																																
	種類																										計(円)						
月分																																	
月分																																	
月分																																	
月分																																	
※出勤簿(写)、賃金簿																																	
上記のとおり相違ない事を証明いたします。																																	
																													年	月	日		
																													事業主	住所			
																													氏名				
																															印		

医師または助産師の意見	分娩年月日	年	月	日	分娩	単胎 多胎	
	分娩予定日	年	月	日	分娩予定		( 児)
	正常分娩または異常分娩の別	正 常 ・ 異 常	生産または死産の別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 ヶ月)			
	上記のとおり相違ありません。						年 月 日
	医療機関の所在地	医師または助産師にて記入・証明をお願いします					
医療機関の名称							
医師・助産師の氏名							