

支給決定欄	常務理事		事務長		担当者		支給決定年月日		令和 年 月 日	
							資格照合		取得 令和 年 月 日 喪失 令和 年 月 日	
	標準報酬	月額 千円 日額 円	出産日		平成 年 月 日		前回の支給期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
	支給期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			支給日数	日	支給決定額	円		
	支給基礎							備考		

日鉄物産健康保険組合理事長 殿

健康保険 出産手当金支給申請書（第 回）

										令和 年 月 日	
被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者の 記号・番号		(記号)	(番号)		被保険者 の氏名	(フリガナ)				
	事業所の名称						印				
	業務の種類					生年月日	昭和・平成 年 月 日				
	被保険者の 住所		〒 -			電話 () -					
	出産前請求又は 出産後請求の別		1. 出産前 2. 出産後					被保険者 との続柄			
	出産した年月日		令和 年 月 日			出産予定年月日		令和 年 月 日			
	出産のため休んだ期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間								
	上記の期間に給料 を受けましたか		1. はい → 2. いいえ		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			日間分 円			
	資格喪失後の請求の場合は 被保険者名義の振込口座		銀行 普通 口座No. 信金 支店 当座								
	事 業 主 が 証 明 す る 欄	労務に服さなかった期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間							
上記の期間に報酬の全部又は一部を 支給した場合は、その期間および金額			令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			日間分 円					
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 印											
医 師 ま た は 助 産 師 が 証 明 す る 欄	出産した年月日		令和 年 月 日			出産予定年月日		令和 年 月 日			
	単胎・多胎 妊娠の別	単胎・多胎 (児)			生産・ 死産の別	生産・死産 (妊娠第 週・月)					
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関等の所在地 医療機関等の名称 医師または助産師の氏名 印 電話番号 () -										

(注) 1.この請求書には、賃金台帳および出勤簿の写を添付してください。
2.医師または助産師が証明する欄は必ず記入してもらってください。

受 付 印