

出産手当金請求書

支給支払決議書				
支給決定	常務理事	事務長	係長	係
支出決定				

平成 年度	
第3款	保険給付費
第1項	法定給付費
第 目	出産手当金

注 意

平成 年 月 日提出 (第 回目)

支出日 平成 年 月 日

- 1.太線の中を記入してから裏面に医師又は助産婦の証明を受けること
2.提出は所属事務所へ

被保険者が記入するところ

被保険者証番号	第 号	被保険者の氏名と印	大.昭 年 月 日生	
被保険者の現住所				
事業所の名称	住友ゴム工業株式会社	部署名		
この請求は分べん前のものでしょうか 分べん後のものでしょうか		分べん前 ・ 分べん後		
分べん前に請求するときは、分べん予定日 分べん後に請求するときは、分べん予定日と分べんの日		平成 年 月 日分べん予定	平成 年 月 日分べん	
分べんのため休んだ期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間		
分べんについて健康保険証を使用しましたか		使用した。 使用しない。		
入院して分べんしたときは	病院又は産院名	所在地		
	入院した期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	

被扶養者 有 ・ 無	等級 (第 級)
分娩予定日 平成 年 月 日	分娩日 平成 年 月 日
支給済期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	支給期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間
算出	円 × 日 円
法定給付	円 × 日 円
計 円	

住友ゴム工業
健康保険組合
17

受領者住所	受領印
氏名	
受領年月日 平成 年 月 日	

イ. 現 金	千	百	十	万	千	百	十	円
ロ. 小 切 手 (No)								
ハ. 振 込								

医師又は助産婦の証明

分娩者氏名			
分べん年月日又は 分べん予定年月日	平成 年 月 日	分べん 分べん 予定	
分べん後のときは 正常分べん又は 異常分べんの別	正常・異常	生産・死産（妊娠 カ月）	
入院して分べんし たときは、その期 間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	
うえのとおり相違ありません。			
平成 年 月 日			
住所			
転名（ ） 氏名 ①			
電話 局（ ） 番			

事業主証明

分娩者氏名			
労務に服さな かった期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	
うえの 期間 中に 支払 う報	全額支給 した又は する場 合	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	の分 日額 ¥
	一部支給 した又は する場 合	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	の分 日額 ¥
	報酬を支 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。			
平成 年 月 日			
住所			
事業主 氏名 ①			

委 任 状	委 任 事 項	この給付金の受領方を （住所） 氏名 ①に
		委任する 平成 年 月 日
		被保険者 ①