

出産手当金請求書

| | | | |
|------------|----------|----------------------------|---|
| 被保険者証の記号番号 | — | 事業所の名称・所在地 | |
| 資格取得年月日 | 平成 年 月 日 | 分娩のため休んだ期間中に受け取った場合その期間と金額 | 全期間 自平成 年 月 日 至平成 年 月 日 日間 円を受けた |
| 資格喪失年月日 | 平成 年 月 日 | | 一部の期間 自平成 年 月 日 至平成 年 月 日 日間 円を受けた |
| 標準報酬月額 | 円 | | その他 平成 年 月 日 より無給 |
| 分娩予定年月日 | 平成 年 月 日 | | 支給開始年月日 自平成 年 月 日 至平成 年 月 日 日間 |
| 分娩年月日 | 平成 年 月 日 | | |

| | | | |
|-------|----|----|---------|
| 振込銀行名 | 銀行 | 支店 | 口座番号 |
| | | | 名義人(カナ) |

平成 年 月 日

日本事務器健康保険組合 理事長 殿

| | |
|-------|---------|
| 受付日付印 | 〒 — |
| | 被保険者 住所 |
| | 氏名 ㊞ |
| | Tel — — |

| | | |
|---------------------|------------------|------------------------------|
| 事業主の証明 | 労務に服さなかった期間 | 自平成 年 月 日 日間 至平成 年 月 日 日間 |
| | 上記期間中の分として支払う報酬等 | 自平成 年 月 日 日間 全額 |
| | | 自平成 年 月 日 日間 一部支給額 円 |
| | | 自平成 年 月 日 日間 円より無給 |
| 上記の通り相違がないことを証明します。 | | |
| 平成 年 月 日 | | |
| 事業主(又は代理人) | | |
| 住所 _____ | | |
| 氏名 _____ ㊞ | | |
| 医師又は助産師の証明 | 分娩予定日 | 平成 年 月 日 |
| | 分娩年月日 | 平成 年 月 日 |
| | 分娩の状態 | 正常・異常 |
| | 生死の別 | 生産・死産 (妊娠 ヶ月) |
| 上記の通り相違ありません。 | | |
| 平成 年 月 日 | | |
| 医師又は助産師 | | |
| 住所 _____ | | |
| 氏名 _____ ㊞ | | |

請求上の注意
 一、この様式は、女子被保険者が分娩して、その産前・産後を通じて会社の勤務を休んだ期間の報酬を支払いを受けられなかった場合に請求するものです。
 二、この請求をするときは「医師又は助産師」の証明を受け、次に事業主の証明を受けて、組合に提出して下さい。