

出 産 手 当 金 請 求 書

健保受付印

住友金属健康保険組合 御中

請 求 者 の 記 入 欄	被保険者証記号番号		請 求 者						
	分 娩 予 定 日	平成	年	月	日	請求年月日 平成 年 月 日				
	分 娩 日	平成	年	月	日	住 所				
	分娩のために労務に 服さなかった期間	自平成	年	月	日	所 属 _____ 社員番号 _____				
		至平成	年	月	日		氏 名 _____ (印) TEL (内線) _____			
入 院 分 娩 の 時 き	病院又は産院等の 名称・所在地	所在地 _____								
		名 称 _____								
	平成	年	月	日	入院	平成	年	月	日	退院

事 業 主 の 証 明 欄	労務に服さな かった期間	欠勤→ブランク、休日→○、有休→有、出勤→出		支給期間 月 日 ~ 月 日 (延 日)	
	年 月 日	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		
	から	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		
	年 月 日	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		
	まで	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		
	平成 年 月 日	所在地 _____			
		名 称 _____			
		事業主代理人 _____ (印) _____			

医 師 ・ 助 産 師 の 意 見 欄	分 娩 予 定 日	平成	年	月	日	入 院 期 間	自平成	年	月	日
	分 娩 日	平成	年	月	日		至平成	年	月	日
	出 生 児 の 数	単胎 ・ 多胎 (児)				入院費用の負担	自費、 健保、 その他			
		平成 年 月 日								
	医 師 住 所 _____									
	助産師 氏 名 _____					(印) TEL () _____				

(注) 氏名を本人自ら署名した場合の申請印の捺印は不要です。