

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	10	1234567	請求者	
	分娩予定日	平成18年6月8日		請求年月日 平成18年6月20日	
	分娩日	平成18年6月13日		住所 大阪市〇〇区〇〇町	
	分娩のために労務に服さなかった期間	自平成18年4月29日	〇〇番地〇〇		
		至平成18年8月8日 (延102日間)	所属 〇〇室 社員番号1234567		
入院のとき	病院又は産院等の名称・所在地	所在地 大阪市△△区△△町△△番地△△ 名称 △△病院			
		平成18年6月11日入院	平成18年6月18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 5月3日～8月8日(延98日)
	18年4月29日から	18年4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
	18年8月8日まで 102日間	18年5月	1 有 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
		18年6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
	18年7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	
	18年8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18年8月8日	所在地 大阪市中央区北浜4-5-33 名称 住友金属工業株式会社 事業主代理人 ××室長 ×××× (印)	

医師・助産師の意見欄	分娩予定日	平成18年6月8日	入院期間	自平成18年6月11日
	分娩日	平成18年6月13日		至平成18年6月18日 (延8日間)
	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18年6月18日			
	医師住所	大阪市△△区△△町△△番地△△		
	助産師氏名	△△病院 (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。