出産手当金請求書（産前・産後）

被保険者証の記号及び番号	記　号	番　号	標準報酬等級	第　級（　千円）	事業所の名称	会社名： 事業場：
労務に服しなかった期間	自 平・令　年　月　日 至 平・令　年　月　日		同期間中に於て報酬の全部又は一部を受けた時又は受ける時はその額及期間		期間	自 平・令　年　月　日 至 平・令　年　月　日
					金額	
病院又は診療所に収容された時のみ記入	病院又は診療所の名称及び収容年月日					
	病院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿収容年月日 平・令　年　月　日収容					
	入院期間 自 平・令　年　月　日　至 平・令　年　月　日　日間					

上記により出産手当金を請求する。

(注)給付金は貴方の指定する銀行へ送金致しますので必ず本人名義の銀行口座を下記へご記入下さい。

年　月　日

被保険者氏名及び印　　㊞

ダイセル健康保険組合理事長 殿

労務に服しなかった期間及びその期間中に於て報酬の全部又は一部を支給し又は支給すべきものである時はその額並びにこれに対する事業主の証明	自 平・令　年　月　日 至 平・令　年　月　日　日間 労務に服しなかったことを証明する。 上記の期間中に於いて 月　日～　月　日　日間の 報酬金として金　円を 支給(したこと･すべきであること)を証明する。	事業主代理人 住所・氏名・印	

医師・助産師の証明	分娩年月日	平・令　年　月　日分娩		生産･死産の別	生産･死産(妊娠　ヶ月)	
	分娩予定日	平・令　年　月　日分娩予定	入院費用の別	健保・自費 公費・その他	正常分娩又は異常分娩の別	正常・異常
	入院して分娩した時はその期間	自 平・令　年　月　日 至 平・令　年　月　日　日間				
	上記のとおり相違ないことを証明する 年　月　日 医療施設の名称、所在地 医師、助産師名　㊞					

支給決定伺	決定年月日	支給期間	常務理事	審　査	担当者	受　付
	令和　年　月　日	自 平・令　年　月　日 至 平・令　年　月　日　日間				
	報酬日額　支給率	支給日数　支給額	支給決定額			
	円×２/３×　＝　円					円

銀行名				支店名							口座名義	ﾌﾘｶﾞﾅ
預金種目	1 普通	2 当座	口座番号									