

出産手当金請求書 (第 ○回目)

被保険者(請求者)記入欄	被保険者証の記号と番号	No 123-4567	部署名 ○○部	事業所の名称 大建工業(株)		
	この請求は(該当するものを○印で囲む)	分娩前の期間にかかるもの 分娩後の期間にかかるもの 分娩前後の期間にかかるもの		分娩前に請求するときは分娩予定年月日 (令和○○年 XX 月△△日) 分娩後に請求するときは分娩年月日 (令和○○年 XX 月△△日)		
	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間				
	産院、病院、診療所に収容されたときは	入院期間 (名称) ○○病院 (所在地) ○○市 XX 町	令和○○年 XX 月△△日から 令和○○年 XX 月△△日まで ○○日間	入院費用 (該当するものに○印で囲む) 自費 健保 その他	被扶養者のいるときは、その者の氏名、生年月日、被保険者との続柄	
	備考					
	上記により請求します。 令和○○年 XX 月△△日 大建工業健康保険組合理事長殿	送金希望の場合は送金方法と送金先	銀行 支店普 NO 名義人氏名(カナ) *退職する方のみ記入 (〒123-4567)	被保険者 住所○○市 XX 町△△丁目 12-34-56 (請求者) 氏名 大建 花子 (印)		
事業主証明欄	令和 年 月 日から 日間(労務に服さなかったことを証明する) 令和 年 月 日まで 上記期間中 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間 ¥ 報酬を支給したこと(支給すべきものであること)を証明する			大阪市北区中之島 3-2-4 大建工業株式会社 事業主 代理人 (印)		
医師又は助産婦の意見欄	分娩前に証明する場合に限り記入(令和 年 月 日分娩予定) 異常分娩による入院期間(令和 年 月 日から *病院で証明(令和 年 月 日まで) 日間			医師又は助産婦の住所氏名 (印)		
組合処理欄	支給(支出)決定	令和 年 月 日	常務理事 (印)	支給決定伺	本件支給決定のうえ通知してよろしいか 事務長・係 (印)	
	支給決定通知		出納日印		出納係	
	令和 年 月 日				(印)	

\* 注意事項

- 分娩前において請求の場合、「医師又は助産婦の意見」欄の記載が必要。
- 1 分娩後において請求の場合は、「医師又は助産婦の意見」欄の記載は要しない。
- 2 別添の出生証明書を添付又は母子手帳の出生届出済証明に市町村の証明印があるページの写しも可。  
(出産手当金のみの請求の場合)