

支給決定 伺	常務理事		係		係		係							
	資格取得・喪失	S・H・R	年	月	日	取得	出産年月日	R	年	月	日	喪失		
	前回までの支給期間	S・H・R	年	月	日	～	S・H・R	年	月	日	日間			
	支給期間	S・H・R	年	月	日	～	S・H・R	年	月	日	日間			
	標準報酬月額					円	出産手当金支給額						円	
	出産手当金日額					円	×	日	付加金支給額					円
	出産手当金付加金日額					円	×	日	合計					円

出産手当金申請書（第 回）

被保険者 (申請者)	被保険者等 記号・番号	—		事業所の名称							
	この請求は出産後又は 出産前のどちらですか	出産前 ・ 出産後		出産児の数	単胎 ・ 多胎(名)						
	出産予定日	H・R	年	月	日	出産年月日	H・R	年	月	日	
	出産のため休んだ期間 (請求期間)	H・R	年	月	日	～	H・R	年	月	日	日間
	出生児の氏名 生年月日・続柄	氏名	生年月日 H・R 年 月 日 続柄			氏名	生年月日 H・R 年 月 日 続柄				

石原産業健康保険組合理事長 殿
上記によって請求します。

被保険者の住所 〒
被保険者 氏名 印 生年月日 S・H・R 年 月 日

医師・又は 助産師	出産者氏名										
	出産年月日	H・R	年	月	日	出産予定年月日	H・R	年	月	日	
	正常出産又は 異常出産の別	正常 ・ 異常				生産又は死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 週)				
	入院して出産したときは その期間	H・R	年	月	日	～	H・R	年	月	日	日間
	上記のとおり相違ありません。 年 月 日										

所在地
名称
医師・助産師名 ㊞

事業主 証明欄	労務に服しなかった期間 (土日含む)	H・R 年 月 日 ～ H・R 年 月 日 (日間)																
	上記期間中に支給した 報酬額及び期間	H・R 年 月 日 ～ H・R 年 月 日 (日間) 円																
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	全欠	*勤務状況を下記表示 産前休業日 → ○ (出産日を含む) 産後休業日 → ●
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	全欠	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日																		

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

給付を事業主委任とせず、公金口座受取を希望される方は委任状は記載せず、「保険給付について公金受取口座を利用することの届出」をあわせてご提出ください。