

健 保 処 理 欄	支給決定並びに支出伺				年	月	日				
	支給額	出産手当金	円	決 裁	常務理事	事務長	担当者	台帳照合印			
	支給期間	自	年	月	日	資格取得	年	月	日		
		至	年	月	日	日間	資格喪失	年	月	日	
	前回	年				月	日	～	年	月	日
	標準報酬 日額										

出産手当金 支給申請書 (第 回目)

※ 和暦でご記入ください

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	① 被保険者等 記号・番号		②事業所名		
	③ 今回の出産手当金の申請は出産前の申請ですか、 それとも出産後の申請ですか	<input type="checkbox"/> 出産前の申請 <input type="checkbox"/> 出産後の申請			
	④ 上記で『出産前の申請』の場合は出産予定日をご記入ください。 『出産後の申請』の場合は出産予定日と出産日をご記入ください。	出産予定日	年	月	日
		出 産 日	年	月	日
	⑤ 出産のため休んだ期間（申請期間）	年	月	日から	
		年	月	日まで	日間
	⑥ 上記の期間内で報酬を受けた期間	年	月	日から	
		年	月	日まで	日分
	⑦ 出生時の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎（ 児 ）			
	⑧ 振込希望の銀行	銀行 支店（普）口座No.			
⑨	上記の通り申請します。 〒 ー 年 月 日 被保険者 住所 氏名 クラレ健康保険組合理事長 殿 電話				
⑩ 確認欄	<input type="checkbox"/> この申請については、申請者本人（被保険者）が作成したものです。				

（裏面に続く）

出産手当金 支給申請書

※ 和暦でご記入ください

事業主が証明するところ	⑪ 被保険者氏名		⑫事業所人事 確認印		
	⑬ 労務に服さなかった期間	年 月 日から			
		年 月 日まで	日間		
	⑭ 上記の期間に対する 給与の支払いについて	<input type="checkbox"/> 添付の賃金台帳、勤務表のとおり			
	上記のとおり相違ないことを証明します。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div>				
⑮ 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 ㊟ 電話 () -					

※ 和暦でご記入ください

医師・助産師が記入するところ	⑯ 出産者氏名				
	⑰ 出産予定年月日	年 月 日			
	⑱ 出産年月日	年 月 日			
	⑲ 出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎	<input type="checkbox"/> 多胎 (児)		
	⑳ 生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産	<input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 週)		
	上記のとおり相違ありません。 <div style="text-align: right;">⑳ 年 月 日</div>				
医療機関の所在地 医療機関の名称 医師・助産師の氏名 ㊟ 電話 () -					