

赤枠部分をご記入ください

標準報酬月額を記入不要

住所と氏名を記入

印は、必ず押印してください。

保険証の記号と4桁または5桁の番号を記入

資格取得年月日を記入

出産手当金請求書

(第 1 回)

| | | | | | | |
|--|-----------------------------------|--------------------------|---|---------------------|-------------------------------|------|
| 被保険者証の番号 | 1234 | 標準報酬月額 | | 被保険者の住所氏名 | 野田市野田250 野田 花子 | |
| 被保険者の資格を取得した日 | 昭和 平成 年 月 日 | 分娩年月日 | 平成16年5月1日 | 分娩予定年月日 | 平成16年5月2日 | |
| 分娩のため休んだ期間 | 平成16年3月22日 から 平成16年5月31日 まで 71 日間 | | 左記の期間中において報酬の全部又は一部を受けたとき又は受け得るときは、その報酬の額及び期間 | 記入不要 | | |
| 入院したとき | 自費で入院しましたか健康保険で入院しましたか | ○自費 ・ 健保 ・ その他 | 被扶養者の有無 | 有 ・ 無 | | |
| 分娩したとき | 病院名又は産院名 | 〇〇病院 | 入院した期間 | 被扶養者がおられるときはそのもの | 氏名 | 生年月日 |
| 分娩したとき | 所在地 | 野田市野田205 | 平成16年5月1日 から 平成16年5月6日 まで 6 日間 | 記入不要 | | |
| 給付始期 | 平成 年 月 日 | 前回給付 | 平成 年 月 日 | 事業主の住所氏名及び印 | | |
| 勤務に服しなかった期間及びその期間中におい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ときは、その額並びにこれに対する事業主の証明 | 平成16年3月22日 から 平成16年5月31日 まで 71 日間 | | 千葉県野田市野田250番地 キッコーマン株式会社 印 | | | |
| 医師又は助産師の証明 | 分娩後のときは正常分娩又は異常分娩の別 | 正常 ・ 異常 | 分娩後のときは生産又は死産の別 | 左記のとおり相違ありません。 | | |
| 助産師 | 入院して分娩したときは、その期間 | 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間 | 入院費用の別 | 健保 ・ 自費 公費 ・ その他 | 野田市野田205 〇〇病院 医師 久保 純 印 | |

各社の提出先

<キッコーマン各社の提出先>
シアードセンター経由→人事部
社会保険G着

<キッコーマン各社以外の提出先>
各社経由 → 人事部
社会保険G着

この期間は同じ期間です

注意！
提出が遅れると
給与がマイナスになる事もあります。

青枠内は医師または助産師の証明をお願いします
証明後は、病院の所在地・病院名・医師名・印が必ず記入、捺印されているかご確認ください

提出方法及び締め切りは？ . . .

証明済の請求書を毎月**2日**
人事部社会保険G必着でお送りください
(2日が休みの場合は前営業日まで)

出産手当金の請求書は出産後の請求になります。

- ・ 1回目の請求期間(分娩のため休んだ期間)は、出産後、出産のため休み始めた産前休暇から出産した月の末日までを1回目として請求する
- ・ 2回目からは月単位で請求する