

出産手当金請求書

所属() (第 回)

被保険者証の記号・番号		標準報酬月額		千円		被保険者の住所氏名		給付金の受領は事業主に委任します。		
被保険者の資格を取得した日		昭和 平成 令和		年 月 日		印				
分娩年月日		平成/令和		年 月 日		分娩予定年月日		平成/令和 年 月 日		
分娩のため休んだ期間		平成/令和 年 月 日から		平成/令和 年 月 日まで		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				
入院した	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			
	しとてき		病院名又は産院名		入院した期間		被扶養者がおるときは		氏名 生年月日	
分娩は	所在地		平成/令和 年 月 日から		平成/令和 年 月 日まで		そのものの			
						給付始期		平成/令和 年 月 日		
						前回給付		平成/令和 年 月 日		
労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/令和 年 月 日から		平成/令和 年 月 日まで		事業主の住所氏名及び印		印 委任を受けた給付金は貴組合との間で定められた方法で受領します。		
医師又は助産師の見方は	分娩年月日		平成/令和 年 月 日		分娩予定年月日		平成/令和 年 月 日		医師又は助産師の住所氏名及び印	
	正常分娩又は異常分娩の別		正常 ・ 異常		生産又は死産の別		生産 ・ 死産 (妊娠 週)		左記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日	
					出生児の数		単胎 ・ 多胎 (児)			
助産婦	入院して分娩したときは、その期間		平成/令和 年 月 日から		平成/令和 年 月 日まで		入院費用の別		健保 ・ 自費 公費 ・ その他	
									印	