

常務理事	事務長	精 算	担 当

健 保 組 合 記 入 欄	標準報酬月額	千円	支給期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間
	標準報酬日額		円	控除額		円
	支給日額 (標準報酬日額の2/3)		円	支給額		円

出産手当金請求書（産前・産後）

被 保 險 の 記 入 す る 欄	被保 險者 証	記号 番号		事業所名称					
	分娩予定日	令和 年 月 日	分娩の日	令和 年 月 日					
	分娩のため休んだ期間		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間				
	上記の期間中に報酬を受けた場合はその期間及び金額を記入し、受けない場合は0と記入して下さい		令和 年 月 日から	令和 年 月 日までの分として	円				
	上記のとおり請求いたします。 令和 年 月 日 住 所 被保険者 古河健康保険組合理事長 殿 氏名 ㊞								
	本請求金額の受領を 令和 年 月 日 を代理人と定め委任いたします。 古河健康保険組合理事長 殿 被保険者氏名 ㊞								
	事業主の 証		労務に服さなかつた期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間			
			上記の期間中に報酬を支給又は支給する場合はその期間及び金額を記入し、支給がない場合は0と記入して下さい	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間			
	上記の通り相違ないことを証明致します。 令和 年 月 日 名称 事業主 古河健康保険組合理事長 殿 氏名 ㊞								
	医師又 は助産 師の 意見 欄		分娩予定日	令和 年 月 日	単胎又は多胎の別	単胎・多胎(児)			
		分娩の日	令和 年 月 日						
		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(妊娠ヶ月)				
上記の通り相違ありません。 令和 年 月 日 住 所 職名() 氏名 ㊞									

※申請時には、対象期間のタイムカード(写)と給与台帳(明細)(写)を必ず添付して下さい。

※申請時には、出産予定日および出産日のわかる資料の写し(母子健康手帳等)を必ず添付して下さい。

※欠勤による給与控除がある場合には、その控除計算式を当該給与台帳(明細写)の欄外に記載し添付して下さい。

※年金等の支給を受けている場合は、その額を証明する書類を添付して下さい。