

科目	款	項	目
	期	日	
給付額	法	定	円

承認印	常務理事	事務長	係

計算式	標準日額	割合	給付単価	給付期間	給付日数
	円	2/3	円	H . . から H . . まで	日

資格	得	
	喪	

### 出産手当金請求書

被保険者記入欄	①被保険者証の	記号	番号	②被保険者名	印
	③現住所	〒		④原籍会社	
	⑤出産のため休んだ期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		⑥出産日	平成 年 月 日
	⑦振込先口座 (被保険者名義)	銀行名	銀行コード	口座番号	1.普通 2.当座
	支店名	支店コード	名義 (カタカナ)		

医師または助産師記入欄	出産した年月日	平成 年 月 日	生産又は死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 ヶ月)
	出産予定年月日	平成 年 月 日	出生児の数	単胎 ・ 多胎 ( 児)
	上記のとおり相違ない事を証明する。 平成 年 月 日 住 所 医療機関名 氏 名 印			

H28.4

受付日付印

【収集する個人情報について】

本請求書に記入された個人情報は、本請求書に係る業務処理の目的のみに使用し、他の目的には使用いたしません。

被保険者証の	記号	番号	被保険者名
--------	----	----	-------

事業主記入欄	① 労務に服さなかった期間	期 間	平成 年	月	日から	日間																										
			平成 年	月	日まで																											
	上記期間中の出勤・有給・公休・欠勤を【出勤・・・○、有給・・・△、公休・・・公、欠勤・・・／】でそれぞれ記入してください																															
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	② ①の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況	平成	年	月	日から	日間																										
		平成	年	月	日まで			円																								
平成		年	月	日から	日間																											
平成		年	月	日まで			円																									
平成		年	月	日から	日間																											
平成		年	月	日まで			円																									
平成		年	月	日から	日間																											
平成		年	月	日まで			円																									
平成		年	月	日まで			円																									
報酬を支給しない場合、その旨																																
上記のとおり相違ないことを証明する。																																
平成 年 月 日																																
住所																																
事業所名																																
氏名																																
印																																

横河電機健康保険組合