

令和 年 月 日

提出先：社員 ⇒ 人事担当者 ⇒ 小野薬品健康保険組合

記入見本

出産手当金請求書

(第 回目)

被保険者証	記号	番号	事業所の名称	標準報酬月額	千円
この請求は出産前のものですか、出産後のものですか			<input type="checkbox"/> 出産前	<input type="checkbox"/> 出産後	
出産年月日	令和 年 月 日	出産予定年月日	令和 年 月 日		
出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)				
出産のため休んだ期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間		
上記の期間の報酬(賃金)の全部または一部を受けたときまたは受けられるときはその報酬額および期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間		
	欄の日付は の翌日以降			日分	
被保険者が記入するところ	被保険者の方が記入して下さい。			円	
入院して出産したとき	産院または病院名	所在地			
	入院した期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間	
上記のとおり請求します。					
令和 年 月 日					
小野薬品健康保険組合理事長 殿					
住所 被保険者の 氏名					
受取委任の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。				
	令和 年 月 日				
被保険者氏名					
※ 会社を介して給付金を給与口座に振り込む際に必要となりますので当欄にもご署名をお願いします。 ※ 但し、任意継続被保険者の方は、当欄への記入は不要です。					

(裏面につづく)

健保組合使用欄		
常務理事	事務長	担当者

事業主が証明するところ	労務に服さな かった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
	上記の期間 中の分として支払う報酬関係	全額支給 の場合	令和 年 月 日 から 金 円 (日 額) 令和 年 月 日 まで (月 日 支払) (金 円)
		一部 の場合	令和 年 月 日 から 金 円 (日 額) 令和 年 月 日 まで (月 日 支払) (金 円)
	支給しない 場合		
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 所在地 事業所名 ⑩			

この欄は、事業主に記入・捺印をしてもらってください。

医師または助産師が意見を記入するところ	出産年月日	令和 年 月 日	出産予定年月日	令和 年 月 日
	出生児の数	単胎・多胎 (児)		
	正常出産または 異常出産の別		生産または	
	入院して出産した ときはその期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 ⑩ 電話 ()				

この欄は、医師または助産師に記入・捺印をしてもらってください。