

決 裁	年 月 日					常務理事	事務長	担当者
支 給	支 給 金 額	円	支 給 期 間	自	年 月 日			
	分 娩 予 定 日	年 月 日		至	年 月 日			
支 出	分 娩 日	年 月 日	支 給 基 礎					
	資 格 取 得 日	年 月 日						
	資 格 喪 失 日	年 月 日						
伺	標 準 報 酬 月 額	円	前 支 給 期 間 回 間	自	年 月 日	至	年 月 日	日 間

## 出 産 手 当 金 請 求 書

第 回

被保険者証 記号・番号	〇〇-〇〇〇〇〇	事業所の名称	株式会社 〇〇〇	所 属	〇〇部
分娩予定日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	分娩日	平成〇〇年〇〇月〇〇日		
分娩のために 休業した期間	平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日				
休業中報酬を うけたとき	事業主が記入します	〇〇〇,〇〇〇円			
備 考	※個人番号: ← <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">従来どおり、記号番号で申請される方については個人番号の記入は不要です。</span>				
上記のとおり請求します 平成〇〇年△△月〇〇日		被保険者住所 大阪市淀川区田川1-2-34			
		氏 名		ダイヘン花子	
		ダイヘン健康保険組合理事長 殿			
事業主証明	事業主の証明欄になります。 事業主経由で提出して下さい。		月 日	日間	住所・氏名  ⑩
	報酬を支給した 期間及び金額	自 年 月 日	至 年 月 日	日間	
医師等 の意見	医師・助産婦の証明欄になりますので、医療機関へご依頼下さい。		月 日	分娩日	年 月 日
医師・助産婦の住所					
(株)ダイヘン、ダイヘンビジネスサービス(株)、 ダイヘンテック(株)、ダイヘン産業機器(株)の方 は記入が必要です。		⑩			
本請求金額の受領を 委任します 平成〇〇年△△月〇〇日		署名欄は、 すべて自筆が原則です。 データ入力される場合は 押印して下さい。		受領印は、必ず押印が 必要。	
被保険者氏名		ダイヘン花子			
		受領者住所		大阪市淀川区田川1-2-34	
		氏 名		ダイヘン花子 ⑩	

※従来どおり記号・番号でご申請いただく方については、個人番号は記入不要です。