

支給額										円
内訳	出産手当金									円
	出産手当付加金									円
支給期間	平成 年 月 日 平成 年 月 日	日間								
前回	平成 年 月 日 平成 年 月 日									
標準報酬月額	千円 (第 等級)									
備考										

決議	常務理事	事務長	主管	担当者
受付年月日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
同年月日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
決裁年月日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
資格取得日		平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
資格喪失日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
支払年月日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日

*上記枠内は記入しないで下さい。

出産手当金・出産手当付加金 請求書 (第 回目)

被保険者が記入するところ	① 被保険者証記号番号	記号 番号	② 事業所名称		
	③ 分娩前・分娩後の別	分娩前・分娩後		④ 分娩予定日 平成 年 月 日	
	⑥ 分娩のため休んだ期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 () 日間		⑤ 分娩年月日 平成 年 月 日	
	⑦ 上記期間の報酬の全部又は一部を受けることができるときはその報酬額及び期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 () 日間		受ける報酬額 円	
	上記のとおり請求します。				平成 年 月 日
	日本ケミコン健康保険組合 理事長 殿				
	〒 _____				
住所 被保険者 氏名 _____ ㊟					
電話 () _____					

医師又は助産師の意見	① 分娩予定日	平成 年 月 日	③ 出生児の数	単胎・多胎 (児)
	② 分娩年月日	平成 年 月 日		
	④ 正常分娩又は異常分娩の別	正 常 ・ 異 常	⑤ 生産又は死産の別	生産・死産 (妊娠 ヶ月)
	上記のとおり相違ありません。			
住所 職名 () 氏名 _____ ㊟				
電話 () _____				

委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日			
	被保険者 (申請者)	住所 _____ 氏名 _____ ㊟		
	代理人	住所 _____ 氏名 _____ ㊟	委任者と代理人の関係 []	
振込希望の金融機関	銀行・金庫・農協		支店	普通当座 第 号

受付日付印

氏名

出手 No.2-2

事業主が証明するところ	基本給+是正給		円	④標準報酬月額	千円(⑤)	円)																												
	諸手当	①諸手当	円	⑥日額(③÷30)	円																													
		②欠勤控除対象手当	円	《備考》																														
		③合計	円																															
	労務に服さなかった期間		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 日間																															
	労務不能期間中の就労状況		(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
	○有給 ×欠勤 □休日 (何れかを記入してください) 労務不能以外は=線で抹消する		(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
	⑦給与が全額支給の場合の理由																																	
	給与に一部支給がある場合	⑧()月分給与	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	⑨(稼働日数)			日)																											
		⑩⑧中の欠勤開始~終了	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	⑪(暦日数)			日)																											
		⑫⑩中の就労状況	有給 (日)	⑬欠勤 (日)	休日 (日)																													
		計算内訳	一部支給期間	計 算 式			1日当たりの額																											
			/ ~ /	① 円	×⑬	日 ÷⑪	日																											
⑭()月分給与		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	⑮(稼働日数)			日)																												
⑯⑭中の欠勤開始~終了		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	⑰(暦日数)			日)																												
⑱⑯中の就労状況		有給 (日)	⑲欠勤 (日)	休日 (日)																														
計算内訳	一部支給期間	計 算 式			1日当たりの額																													
	/ ~ /	① 円	×⑲	日 ÷⑰	日																													
⑳給与を支給しない場合の理由																																		
備考																																		
上記のとおり相違ないことを証明します。		平成 年 月 日																																
住所																																		
事業主																																		
氏名		㊞																																
電話		()																																

* 健保組合使用欄	標準報酬月額	千円(/ ~ 千円)	備考						
	労務不能期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日							
	法定期間	産前	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日						
		産後	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日						
		日数	法定日額	給与日額	差引支給額	法定支給額	付加日額	差引支給額	付加給付額
		①	② 円	③ 円	④ 円	①×④ 円	⑤ 円	⑥ 円	①×⑤又は⑥ 円
	支給計算内訳	/ ~ /							
		/ ~ /							
		/ ~ /							
		/ ~ /							
/ ~ /									
合計									

*欄は、記入しないでください。