

					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 険 の 記 入 す る 欄	被 保 険 者	記号		事 業 所 名 称				
		番号						
	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						
	事 業 主 の 証 明 す る 欄	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 _____ を代理人と定め委任いたします。 令和 年 月 日 古河健康保険組合理事長 殿 被保険者氏名								
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						
医 師 又 は 助 産 師 の 意 見 欄	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 _____円						
	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							
	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 _____ ケ月)		
	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。