出産手当金請求書

被保険者記入欄	下記のとおり請求します。 なお、この金額の受領を(事業所名)＿＿＿○○○○○○㈱＿＿＿に委任します。			
	健康保険 記号-番号	00 －123456	氏 名	健保 桜子
	被保険者住所	〒000-0000 ○○○○○○○○○○○○○ TEL(000) 000 － 0000		
	所 属	○○○○○(株) TEL (000) 000 － 0000 (内線 00000)		(ポストNo. A000)
	分娩年月日	令和 00 年 00 月 00 日	分娩予定年月日	令和 00 年 00 月 00 日
	分娩のため会社を休んだ期間	令和 00 年 00 月 00 日から 令和 00 年 00 月 00 日から		

医師・助産師証明欄	分娩年月日	令和 年 月 日	生産・死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)
	分娩予定年月日	令和 年 月 日	出生児数	単胎 ・ 多胎( )児
	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 医療機関 施設名称 医師・助産師氏名			

事業主証明欄	労務に服さなかった期間 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	
	上記の期間中の分として支給する報酬額	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 円
	支給しない場合はその旨	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日	

【注意事項】

1. 医師または助産師の証明を受けてください。
2. **事業主証明を受けて健康保険組合に提出してください。**

支給決定欄	支給期間	R 年 月 日から R 年 月 日まで	常務理事	事務長	係
	日数	日			
	支給決定額	円			

受 付 印

2024年12月版

(ポスト番号 D55 マツダ健康保険組合)