

# 出産手当金請求書（第 1 回）

スズキ健康保険組合理事長 殿

平成〇〇年 7月 5日提出

被保険者記入欄	被保険者証 記号番号	1 - 88888	事業所 の名称	スズキ(株)	所属	セカ	
	被保険者の 氏名と印	健 保 花 子 <sup>㊟</sup>		被保険者の 住所・電話	〒431-0211 TEL (053) XXX-XXXX <sup>㊟</sup> 浜松市西区舞阪町〇〇〇		
	資格取得 年月日	昭和 <u>平成</u> 〇〇年 4月 1日	資格喪失 年月日	<del>平成 年 月 日</del>			
	分娩した 年月日	平成〇〇年 5月 6日		分娩した医 療機関名等	所在地 〇〇〇〇〇 名称 〇〇病院		
	分娩のため 休んだ期間	自〇〇年 3月 26日 至〇〇年 7月 1日	98日間	休んだ期 間の報酬	受けた・ 受けない	入院費の 支払方法	自費・ 保険証

事業主証明欄	労務に服さな かった期間	自〇〇年 3月 26日 至〇〇年 7月 1日	98日間	備考	①内 日間 有休 ②内 日間 出勤	担当 者印	
	上記期間中報酬の一部 又は全額支給した場合	自 年 月 日 至 年 月 日	日間	備考	① 月分 ② 月分	円 円	
	上記の通り証明します。 平成〇〇年 7月 1日						
事業主				住所 静岡県浜松市南区高塚町 300 スズキ株式会社		㊟	
氏名				代表取締役 〇〇 〇〇			

医師又は助産師意見	分娩年月日	平成〇〇年 5月 6日		出産予定日	平成〇〇年 5月 11日		
	出生時の数	単胎・多胎 (児)	分娩の別	異常分娩・ 正常分娩	生産・死産 の別	生産・死産 (妊娠 10カ月)	
	入院費の 支払方法	自費・健保・その他		入院して分 娩した期間	自〇〇年 5月 5日 至〇〇年 5月 11日	7日間	
	上記の通り相違ありません。 平成〇〇年 5月 24日						
職名 ( 医師 )				住所 〇〇〇〇〇		㊟	
氏名				〇〇病院 〇〇 〇〇			

健保組合記入	標準報酬	月額	千円		支給伺	平成 年 月 日		
		日額	円		支給日	平成 年 月 日		
	率	支給日額	日数	支給額	支給 期間	自 年 月 日	日間	
	① $\frac{2}{3}$	円	日	円		至 年 月 日		
	②	休んだ期間の報酬額			円	担当	課長	事務長
総支給額 (① - ②)				円				

※給付金は、健保に登録されている口座に振り込みます。解約された方・登録されていない方は、裏面に被保険者名義の口座を記載してください。