

出産手当金請求書

スズキ健康保険組合理事長 殿

平成 年 月 日提出

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号番号	* ー	被保険者の 住所・電話	〒 TEL			
	被保険者の 氏名と印			資格取得日	年 月 日		
	資格喪失日	年 月 日		出産予定日	年 月 日		
	出 産 日	年 月 日		分娩のため 休んだ期間	自	年 月 日	日間
	休暇中報酬 のあった期間	自	年 月 日	日間	報酬の額	円	出産児数

事 業 主 証 明 欄	労務に服さな かった期間	自	年 月 日	日間	欠勤控除の 計算方法		
	上記期間中、報酬の一部 又は全額を支給した場合	自	年 月 日	日間	支給額	円	
	上記の通り相違ないことを証明します。					年 月 日	
		所在地					
		事業主 名称					
		氏名					

※勤務記録（出勤簿）・賃金台帳（給与明細）写しを添付いただければ、 内は省略しても構いません。
 ※欠勤控除の計算方法は、賃金台帳（給与明細）写しに記載いただいても構いません。
 ※被保険者資格を喪失した後の期間にかかる請求のときは、事業主の証明を要しません。

医 師 又 は 助 産 師 意 見	出 産 日	年 月 日		出産予定日	年 月 日	
	出産児の数	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 (妊娠週)
	上記の通り相違ないことを証明します。					年 月 日
		住所				
		医療施設名称				
		職名 () 氏名				

健 保 組 合 記 入	標準報酬	月 額	千円		支給 伺	年 月 日		
		日 額	円		支給 日	年 月 日		
		率	支給日額	日数	支給額	支給 期間	自	年 月 日
	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。

【備考欄】「被保険者証記号番号」*にかわりマイナンバーを記載することも可能です。但し、マイナンバーを記載した場合、本人確認書類が必要です。またマイナンバーには保護シールを貼り、レターパックプラス等で送付願います。

※訂正した箇所には請求・証明印と同じ印にて訂正印、若しくは捨印を押してください。