

出産手当金請求書（第 回）

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	—	事 業 所 の 名 称		所 属		
	被保険者の 氏名と印	④			被保険者の 住所・電話	〒 TEL	④
	資格取得 年月日	昭和 平成	年 月 日	資格喪失 年月日	平成 年 月 日		
	分娩した 年月日	平成 年 月 日		分娩した医 療機関名等	所在地 名称		
	分娩のため 休んだ期間	自 年 月 日	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 年 月 日	日間	備 考	①内 日間 有休	担 当	
	上記期間中報酬の一部 又は全額支給した場合	自 年 月 日	日間	備 考	① 月分	円	④
	上記の通り証明します。		平成 年 月 日	住 所 事業主 氏 名		④	

医 師 又 は 助 産 師 意 見	分娩年月日	平成 年 月 日	出産予定日	平成 年 月 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 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 年 月 日	日間 至 年 月 日	
	上記の通り相違ありません。		平成 年 月 日	職名 () 住 所 氏 名		④	

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 至 年 月 日 日間		
	①	2 — 3	円	日	円				
	②	休んだ期間の報酬額			円	担 当	課 長	事務長	常務理事
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。