

# 出産手当金請求書

スタンレー電気健康保険組合理事長殿

被保険者証の 記号・番号	記号 1	番号 12345	被保険者氏名	※被保険者本人が氏名記入の場合、押印不要 健保 花子 (印)	
被保険者の連絡先 (自宅住所)	〒123-4567 東京都世田谷区〇〇1-23-4		分娩当日・分娩予定日は 以前42日の中を含む。	(3456) 7890	
被保険者の勤務する (していた)事業所名	スタンレー電気株式会社				
分娩予定日	平成 18年 2月 8日	分	年月日	平成 18年 2月 1日	
分娩のため休んだ 期間	平成 17年 12月 22日 ~ 平成 18年 3月 29日 (98日間) ※分娩予定日以前42日 (多胎分娩は98日) と分娩日の翌日から56日の範囲内で期間記入 ↑予定日以前に分娩した場合は分娩日以前42日 (多胎98日)				
上の期間に対する 報酬はありますか	ある ( ) 円 ・ <u>ない</u>				

振込先 (郵便局除く)	みずほ		<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 労働金庫 <input type="checkbox"/> 農協		<input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 営業所 <input type="checkbox"/> 出張所				
口座種別・番号 口座名義	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 (総合) <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> 当座	1	2	3	4	5	6	7	口座名義 (カタカナで記入してください) ケンポ ハナコ

事業主証明欄	分娩のため休んだ期間 (含む出勤・年休)	平成 17年 12月 22日から 平成 18年 3月 29日まで ( 98 日間)	左記の期間に会社報酬を 支給していますか	<input type="checkbox"/> 支給している <input checked="" type="checkbox"/> 支給していない																	
	育児休職開始日	平成 17年 12月 22日より開始																			
	期間中の報酬関係	平成 年 月 日 ~ 年 月 日までの分	円	支払日																	
事業主証明欄	下記の分娩のため休んだ期間の勤怠をご記入ください。※期間中は全産休の場合は記入不要です。 ↓ (勤怠記入記号： 休日 / 出勤 ○ 年休 △ 産休 - )																				
	月			月			月			月			月			月					
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14
	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	
29	30	31					29	30	31					29	30	31					
上記のとおり相違ないことを証明します。平成 18年 4月 1日 事業主 住所 東京都目黒区中目黒 2-9-13 氏名 スタンレー電気株式会社 (印)																					

医師又は助産婦の証明	分娩予定日	平成 年 月 日	分娩年月日	平成 年 月 日		
	多胎妊娠の有無	有・無	分娩区分	正常・異常	生産、死産の別	生産・死産 (ヶ月)
	上記のとおり相違ないことを証明します。平成 年 月 日					
医療施設名 称						
住所						
医師・助産婦名 (印)						