

# 出産手当金請求書

サントリー健康保険組合 御中 **Insured person's address** **Date (YY/MM/DD):** ●●年 ●●月 ●●日  
**EXAMP** **Health insurance card symbol** **被保険者 住所** 〒(●●-●●●●) ●●●●●●  
**Health insurance card symbol/number** **Health insurance card number** **Name** 氏名 ●●●●●● **Place of work (name of establishment)** 健保 〆子 **Number of children born** ●● **Kempo (Seal)** 健保  
**被保険者証 記号** ●●●● **番号** ●●●●●● **Affiliation** 所属  勤務先 (事業所名) SWH (部署名) ●●部 **Number of days worked of the days at left** ●●●●日 **Number of days on annual leave/special leave** ●●日  
**分娩予定年月日** ●●年 ●●月 ●●日 **分娩年月日** ●●年 ●●月 ●●日 **出生児の数** ●● **Number of days on annual leave/special leave** ●●日  
**分娩のため休んだ期間** (有休含めて休み始めた日) ●●年 ●●月 ●●日 **Start date of leave, including paid leave (YY/MM/DD)** ●●年 ●●月 ●●日 (産休終了日) ●●年 ●●月 ●●日 **End date of leave (YY/MM/DD)** ●●年 ●●月 ●●日 **Number of calendar days** (●)日 (●)日  
 (注) 半日や1h勤務でも出勤日数1日と換算します。  
 ※退職後の請求の場合、記入ください。(任意継続者は記入不要です。申請時に連絡された口座に入金します。)  
**退職年月日** ●●年 ●●月 ●●日 **振込希望先** 銀行 ●●支店 普通 口座No. ●●●●●●●●●●  
**Date of leaving employment (YY/MM/DD)** ●●年 ●●月 ●●日 **Anticipated date of delivery (YY/MM/DD)** ●●年 ●●月 ●●日 **Period of leave for childbirth** ●●ヶ月 **Desired payment account** ●●分 ●●日 **Date of delivery (YY/MM/DD)** ●●年 ●●月 ●●日  
 \* Fill out the following when submitting a claim after leaving employment. (This is not required if a Voluntarily and Continuously Insured Person; if so, payment will be remitted to the account indicated on the application.)  
**または助産師の証明欄** 生産または死産の別 ●● 生産・死産 (妊娠 ●●ヶ月) 胎児の数 ●●  
 うえのとおり相違ありません。  
 名 称 ●●●●●●  
 医療機関所在地 ●●●●●●  
 医師・助産師名 ●●●●●●  
**Certification by doctor or midwife** TEL ( ) - ( )  
 <お願い> 訂正箇所には訂正印を押印願います。

(暦の日数) 年 月 日から 年 月 日まで 日間 うち、出勤した日数 ( )日 年休・特休の日数 ( )日  
 (注) 半日や1h勤務でも出勤日数1日と換算します。  
**事業主証明欄** 休んだ期間は、一線で、出勤は「出」、半日の場合も「出」、年休・特休は○、分娩予定日は「予」、分娩した日は「◎」で表し記入のこと。  

月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

 (単位:円) 基準内給与 ●●●●●● 諸手当 住宅関連補助 ●●●●●●  
 欠勤しなかった場合の1カ月の支給額 ●●●●●●  
 分娩のために休んだ期間中に諸手当を受けた(受けられる)ときは、その額を給与締め切りごとに記入してください。  

対象期間	月支払給与・支給額	年 月 日 ~ 年 月 日
●●年 ●●月 ●●日 ~ ●●年 ●●月 ●●日	●●●●●●	●●年 ●●月 ●●日 ~ ●●年 ●●月 ●●日
●●年 ●●月 ●●日 ~ ●●年 ●●月 ●●日	●●●●●●	●●年 ●●月 ●●日 ~ ●●年 ●●月 ●●日
●●年 ●●月 ●●日 ~ ●●年 ●●月 ●●日	●●●●●●	●●年 ●●月 ●●日 ~ ●●年 ●●月 ●●日
●●年 ●●月 ●●日 ~ ●●年 ●●月 ●●日	●●●●●●	●●年 ●●月 ●●日 ~ ●●年 ●●月 ●●日

 相違ありません。 年 月 日 給与担当者 ●●●●●●  
 所在地 ●●●●●● 事業所名称 ●●●●●● 事業主氏名 ●●●●●●  
**Certification by employer** (内線 )

**健保組合支給決定欄**

常務理事	事務長	担当者	標準報酬月額	日 額	支給決定額
			千円	100%	出産手当金
				2/3	法108条該当控除額
資格関係	年 月 日取得 年 月 日喪失 任継 年 月 日取得 任継 年 月 日喪失	支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日	支給日数	合計
喪失後の給付	該当・不該当		日間	日	万 千 百 十 円
支給期間中 出勤 ( )日 年休 特休 ( )日					分娩予定日 年 月 日 延長 日 分娩年月日 年 月 日
・法108					支給 1. 給与振込 2. 個別振込

 \* The seal of the insured person may be omitted only when signed by hand by the insured person (applicant).  
 2020.9

※被保険者の印は、被保険者(申請者)が自署する場合に限り押印を省略することができます