

# 出 産 手 当 金 請 求 書

サントリー健康保険組合 御中 平成 ●●年 ●●月 ●●日

**記入見本** 〒(●●-●●●●)

被保険者 住所 ●●市●●●●

氏名 **健保 愛子** 健  
印

下記のとおり請求します。

被保険者証 記号・番号	記号 ●●●●	番号 ●●●●●●	所 属	<input type="checkbox"/> 勤務先(事業所名) SWH	(部署名) ●●●部	<input type="checkbox"/> 任意継続
分娩予定年月日	平成 ●●年 ●●月 ●●日	分娩年月日	平成 ●●年 ●●月 ●●日	出生児の数	1 人	
分娩のため 休んだ期間	(有休含めて休み始めた日) 平成 ●●年 ●●月 ●●日から	(暦の日数) ●● 日間	うち、出勤した日数	(●) 日	年休・特休の日数	(●) 日
	(産休終了日) 平成 ●●年 ●●月 ●●日まで		(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	平成 年 月 日	振込希望先	銀行	支店	普通 当座	口座No.
-------	----------	-------	----	----	----------	-------

医師または助産師の証明欄	分娩予定年月日	平成 年 月 日	分娩年月日	平成 年 月 日
	生産または死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)	胎児の数	単胎・多胎( 児)
	うえのとおり相違ありません。			

平成 年 月 日

名 称  
医療機関 所在地  
医師・助産師名 印

TEL ( ) -

<お願い> 訂正箇所には訂正印を押印願います。

事業主証明欄	分娩のために休んだ期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	(暦の日数) 日間	うち、出勤した日数	( ) 日	年休・特休の日数	( ) 日	健保処理欄																												
	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。							産前	延長	産後																										
	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				

欠勤しなかった場合の1カ月の支給額

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

うえのとおり相違ありません。 平成 年 月 日

所在地  
事業所名称  
事業主氏名 印

(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	千円	100%	支給決定額	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	自 年 月 日	至 年 月 日	支給日数		合 計			万	千	百	十	円
	喪失後の給付	: 該当 ・ 不該当		日間	日			分娩予定日	年 月 日	延長	日				
				日間	日			分娩年月日	年 月 日	延長	日				

・支給期間内、出勤( 日)年休・特休( 日)

・法108条該当 自 年 月 日 日 円÷30= 支給年月日 . . 1. 給与振込  
至 年 月 日 (日額) 円× 日= 2. 個別振込

※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