

支給決定伺				常務理事	事務長	担当者	担当者
支給額	円	標準報酬	円				
支給計算	円 X 2/3 X 日 = 円						
支給期間	年	月	日から	年	月	日まで	支給決定日 年 月 日
対象日数	日	申請回数	回	備考			

出産手当金申請書

申請者記入欄	健康保険被保険者証	記号	1	社員No.	1234-5	被保険者氏名	健保 花子		
		番号	1234	事業所名 退職・任継	大阪本社		退職・任継の 退職年月日	年 月 日	
	この申請は出産の前ですか、後ですか。			出産前 ・ 出産後		出生児の人数	1 人		
	出産予定日	平成 20年 12月 24日			出産年月日	平成 20年 12月 25日			
	出産のため休んだ期間	平成 20年 11月 1日 から 平成 21年 2月 28日まで			左記期間中に 受けた報酬				
	上記期間中報酬を受けた期間	平成 20年 11月 1日 から 平成 20年 11月 12日まで			10万 円				
	他に受給又は申請中のもの	なし			障害年金	傷病手当金	その他 ()		
	上記により「出産手当金」を申請します。				復職者は部門、退職退職者等は自宅				
	平成 21年 3月 5日 提出日を記入して下さい				送付物宛先	大阪市中央区備後町1-2-3			
	申請者				電話番号	06-666-6666			
氏名				健保 花子 (印)					
サカタインクス健康保険組合 理事長 殿									
事業主の証明	労務に 服さな かった 期間	有給休暇の期間 (A) 日間	年 月 日	左記のとおり相違無いことを証明します。 年 月 日					
		退職した期間 (B) 日間	年 月 日	事業主の 住所 氏名 印					
	上記(B)の期間に対する報酬			円 (印)					
	休職貸付の有無	有 ・ 無		《備考》					
医師または助産婦の意見・証明	出産予定日	平成 年 月 日	生産または死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)					
	出産年月日	平成 年 月 日	出生児の数	単胎・多胎 (児)					
	上記のとおり相違ありません。 年 月 日			正常出産または異常出産の別 正常 ・ 異常					
	医療機関の名称 住所・電話番号 担当医・印			(印)					

- 注意 1. 鉛筆書き、記入漏れは受付られません。
 2. 休職貸付がある場合、給付金は一旦事業主に支払い貸付精算されます。

退職後の場合、振込銀行の指定 (指定の無い場合は健保預かり)				被保険者との続柄	
フリガナ		フリガナ		申請者	
銀行名		本支店名			
種別	当・普・その他	フリガナ		口座名義人	
口座番号		口座名義人			