

出 産 手 当 金 請 求 書

西武健康保険組合理事長 殿

No.

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等	記 号	100			番 号	12345									
	被保険者	会社名	〇〇〇〇株式会社			所 属	〇〇部									
		氏 名	西 武 花 子													
		住 所	(〒〇〇〇 - 〇〇〇〇) 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇 (Tel. 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇)													
		生年月日	昭和 平成	6	年	9	月	13	日	資格取得日	昭和・平成 令和	元	年	4	月	1
	分娩予定日		令和 3 年 3 月 11 日													
	分 娩 日		令和 3 年 3 月 14 日													
	出産のために休んだ期間 (請求期間)		令和 3 年 1 月 29 日 から 令和 3 年 5 月 9 日 まで 102 日間													
	上記の期間の報酬を受けましたか 又は今後受けられますか		はい			・			いいえ			「はい」の場合、報酬支払の基礎となった(なる)期間とその額 令和 3 年 2 月 1 日 ~ 令和 3 年 2 月 15 日 〇〇, 〇〇〇 円				
	入院して分娩したとき	医療施設(医療機関)の名称		〇〇産婦人科医院												
		医療施設(医療機関)の所在地		〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇												
		健康保険又は公費で入院した期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間												
		自費で入院した期間		令和 3 年 3 月 14 日 ~ 令和 3 年 3 月 20 日 7 日間												
	振込金融機関	銀行名		支 店 名		口座種目		口座番号(右詰めで記入)				口座名義(カタカナ)				
		〇〇〇 銀行 信用金庫 信用組合 農 協		〇〇〇〇 本店 支店 出張所		1 普通 2 当座		〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇				セイブ ハナコ				
ゆうちょ銀行		通 帳 記 号		通 帳 番 号		通 帳 番 号				口座名義(カタカナ)						
		1		0		1										

健康保険支給決議書

健 保 記 入 欄	款	保険給付費	項	法定給付費	目	出産手当金				
	期 間 / ~ /		日 数	標準報酬日額の2/3		A	円			
			×							
	減 額		(一部支給等)		a	円				
	支 給 決 定 額		(A) - a				円			
	標準報酬日額		(,000 ×) + (,000 ×) + (,000 ×) = ,000 (,000) ÷ 12ヶ月 ÷ 30日 ÷ 円							
	受付年月日		支給開始日		令和 年 月 日					
			備 考							
			支給日 令和 年 月 日		常務理事 事務長 会 計 給 付					

