

出産手当金請求書

西武健康保険組合理事長 殿

No.

被 保 者 記 入 欄	被保険者等	記号	番号												
	被保険者	会社名											所属		
		氏名													
		住所	(〒 -)										(Tel - -)		
		生年月日	昭和 平成	年	月	日	資格取得日	昭和・平成 令和	年	月	日				
	分娩予定日	令和 年 月 日													
	分娩日	令和 年 月 日													
	出産のために休んだ期間 (請求期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 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 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 円			
	入院して分娩したとき	医療施設(医療機関)の名称													
		医療施設(医療機関)の所在地													
		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 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 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)				
		銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	1 普通 2 当座											
ゆうちょ銀行		通帳記号		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					
	減額 (一部支給等)			a						円
	支給決定額 (A) - a									円
	標準報酬日額	$\left(\text{ ,000} \times \text{ } \right) + \left(\text{ ,000} \times \text{ } \right) + \left(\text{ ,000} \times \text{ } \right) = \text{ ,000}$ $\left(\text{ ,000} \right) \div 12\text{ヶ月} \div 30\text{日} \div \text{ } = \text{ } \text{円}$								
	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			

医師又は助産師の意見欄	分娩予定年月日	令和 年 月 日	分娩日	令和 年 月 日	
	正常分娩又は異常分娩の別	正常 ・ 異常		出産又は死産の別	出産 ・ 死産 (妊娠 ヶ月)
	出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)		入院費用の別	健保 ・ 公費 自費 ・ その他
	入院の期間	健保	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 (日間)		
		自費	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 (日間)		
<p>上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日</p> <p>医療施設(医療機関)の名称</p> <p>医療施設(医療機関)の所在地</p> <p>医師・助産師の氏名</p>					

事業主証明欄	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日																																
	出勤状況	出勤…○ 有給休暇…△ 公休…公 欠勤…× 事業主支給…●でそれぞれ表示してください。																																
		令和 年 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	
		令和 年 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	
		令和 年 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	
		令和 年 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	
		令和 年 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	
上記期間中の報酬の支給期間と金額	全部支給 (有給・事業主支給等)	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 日間																																
	一部支給	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 日間																																
出産手当金の請求実日数		金 円																																
<p>上記のとおり相違ないことを証明いたします。</p> <p>事業所の名称</p> <p>事業所の所在地</p> <p>事業主の氏名</p>																																		

押印欄	事業所	所 属
-----	-----	-----