

支給決議書	金額	円	資格	得喪	年月日	常務理事	事務長	課長補佐	主任	担当者
	期間	年月日	前回	始	年月日					
		年月日		終	年月日					
	出産日	年月日					支出目	(款) 3	(項) 1	(目)
同年月日	年月日									

出産手当金請求書 (第 回)

被保険者記載欄	被保険者等の記号・番号	—	標準報酬等級	第 級	所属				
	分娩前に請求するときは分娩予定日 分娩後に請求するときは分娩年月日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	多胎妊娠の有無	有・無				
	出産のため労務に服することが出来なかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	左の期間中において報酬の全部又は一部を受けたとき若しくは受けられるときはその報酬の額と期間					
	上の期間中に入院したとき	病院の名称及び所在地 被扶養者があるときはその者の氏名生年月日及び続柄	入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間				

管理課長
課長補佐

事業主	証明欄	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	左記のとおり相違ないことを証明する 事業主名 住所 所属長氏名印
-----	-----	-------------	--------------------------	----	---

医師又は助産師	意見・証明欄	分娩予定日	令和 年 月 日	分娩日	令和 年 月 日	正常・異常
		入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	生産・死産の別 出産児の数	出産・死産(妊娠第 週) 単胎・多胎(児)
		上記のとおり証明します。 令和 年 月 日 所在地・名称 氏名および印				

主任
課員

上記により、金 円也を請求します。

令和 年 月 日 被保険者住所 _____
氏 名 _____
生 年 月 日 昭和 平成 令和 _____ 年 月 日

健保受付印

東武鉄道健康保険組合 理事長殿

- (注) 1. 産前・産後に分けて出産手当金の請求をする場合は、「医師又は助産師意見・証明欄」が省略ができます。
2. 出産日は産前に含む。