

# 出 産 手 当 金 請 求 書

サントリー健康保険組合 御中		年 月 日
〒(    -    )		
被保険者 住所		
所属する事業所を代理人と定め受領を委任し 下記のとおり請求します。		
氏名		⑩
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）	（部署名）
<input type="checkbox"/> 任意継続		
分娩予定年月日	年 月 日	分娩年月日
年 月 日	年 月 日	出生児の数
人		
分娩のため 休んだ期間	(有休含めて休み始めた日) 年 月 日から (産休終了日) 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 (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	年 月 日	振込希望先
銀行	支店	普通 口座No.
		当座

医師または助産師の証明欄	分娩予定年月日	年 月 日	分娩年月日	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。			
	名 称		年 月 日	
医療機関所在地				
医師・助産師名		⑩		
		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	(暦の日数) 年 月 日から 日間 年 月 日まで	うち、出勤した日数 ( ) 日 年休・特休の日数 ( ) 日 (注) 半日や1h勤務でも出勤日数1日と換算します。	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。				
	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			産前
	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			延長
	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			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			
			(単位:円)	基準内給与	諸手当
	欠勤しなかった場合の1か月の支給額			住宅関連補助	
	分娩のために休んだ期間中に諸手当を受けた(受けられる)ときは、その額を給与締め切りごとに記入してください。	対象期間	月支給給与・支給額	年 月 日 ~ 月 日	
		月支給給与・支給額	年 月 日 ~ 月 日		
		月支給給与・支給額	年 月 日 ~ 月 日		
		月支給給与・支給額	年 月 日 ~ 月 日		
		月支給給与・支給額	年 月 日 ~ 月 日		
うえのとおり相違ありません。				給与担当者	
所在地		年 月 日			
事業所名称		⑩			
事業主氏名		⑩		(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	日 額	支給決定額				
				千円	100%	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	支給日数	合計		万	千	百
	任継	年 月 日取得	年 月 日喪失	至 年 月 日						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		
	・支給期間内、出勤(    日)年休・特休(    日)					分娩年月日	年 月 日	延長		
	・法108条該当 自 年 月 日 日 円÷30=					支給年月日	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