

【保険証の記号により提出先が異なります】

■1601～2105の方:

[郵送の場合] 〒432-8021 静岡県浜松市中央区佐鳴台1-2-30 社会保険労務士法人ELO サントリー社会保険担当宛
[社内メールの場合] SBU G人総業務部 社会保険担当(ELO)宛

■3001～6001の方: 各社人事担当宛

出 産 手 当 金 請 求 書

サントリー健康保険組合 御中 【和暦】 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 _____

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	【和暦】	年 月 日	分 娩 年 月 日	【和暦】	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) 【和暦】 年 月 日から		(暦の日数) 日間	うち、出勤した日数 年休・特休の日数 () 日 () 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	【和暦】 年 月 日	分 娩 年 月 日	【和暦】 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。 【和暦】 年 月 日 名 称 医療機関 所在地 医師・助産師名 TEL () -			
<small><お願い> 訂正箇所には訂正印を押印願います。</small>				

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	うち、出勤した日数 年休・特休の日数 () 日 () 日	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。			産前 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			
	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)			諸手当	
	欠勤しなかった場合の1カ月の支給額			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	月支払給与・支給額	年 月 日 ~ 月 日	
			月支払給与・支給額	年 月 日 ~ 月 日	
		月支払給与・支給額	年 月 日 ~ 月 日		
		月支払給与・支給額	年 月 日 ~ 月 日		
		月支払給与・支給額	年 月 日 ~ 月 日		
うえのとおり相違ありません。 所在地 事業所名称 事業主氏名			給与担当者 (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	支給期間	自	年 月 日	支給日数	合 計			
		年 月 日喪失		至	年 月 日					
	喪失後の給付 : 該当 ・ 不該当						分 娩 予 定 日	年 月 日	延 長	日
	・ 支給期間内、出勤 () 日 年休・特休 () 日						分 娩 年 月 日	年 月 日	延 長	日
	・ 法108条該当 自 年 月 日 日 円 ÷ 30 =						出 産 育 児 一 時 金			
	至 年 月 日 (日額) 円 × 日 =						支 給 年 月 日 . . . 1 . 給 与 振 込			
							2 . 個 別 振 込			