

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 ●●市●●●●

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 健保 愛子

被保険者証 記号・番号	記号 ●●●●	番号 ●●●●●●	所 属	勤務先(事業所名) SWH	(部署名) ●●●部	<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		出生児の数 1 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		(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。
	(産休終了日) ●●年 ●●月 ●●日まで					

※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 当座	口座No.
-------	-------	-------	----	----	----------	-------

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 医療機関 所在地 医師・助産師名 ◎ 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	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。				
	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 延長 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)		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 ◎ (内線)				給与担当者	

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 千円	日 額	支給決定額						
					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	年 月 日取得	年 月 日喪失	支給期間 自 年 月 日 至 年 月 日	支給日数	合 計				
		万 千 百 十 円										
	喪失後の給付 : 該当・不該当						分娩予定日	年 月 日	延長			
							分娩年月日	年 月 日	延長			
	・支給期間内、出勤()日 年休・特休()日						出産育児一時金 支給					
	・法108条該当 自 年 月 日 至 年 月 日 (日額) 円÷30= 支給年月日 . . .						1. 給与振込 2. 個別振込					
							円× 日=					