

取扱注意 秘密情報 複製禁止

決 裁 令和 年 月 日

健 保 使 用 欄	受 付	登 録	常務理事	事務長	関係者	担 当	
	再生紙（裏紙）での申請は不可						
	支 給 額	円		受付番号	NO. 4-		
				台帳記入	令和 年 月 日		
	標準報酬	月 額	千円	日額	円	支給期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
算 式	産前	円 × × 日 =		連絡先は業務時間内（9：00～17：00）に連絡が取れる番号（内線・PHS・外線等）をご記入ください。			
	産後	円 × × 日 =					

出 産 手 当 金 請 求 書

中部電力健康保 届出日を必ずご記入ください。 令和 〇〇 年 5 月 届出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号	1	会社名・所属	〇〇(株)△△支××部××G
		番号	43210	連絡先	〇〇(株)△△支××部××G
	被保険者氏名	健保 花子		昭和	48 年 7 月 7 日
	分娩日	令和 〇〇 年 5 月 5 日		平成	48 年 7 月 7 日
	分娩予定日	令和 〇〇 年 5 月 1 日			
	労務に服さなかった期間	令和 〇〇 年 3 月 21 日から		102 日間	
	上記期間中において報酬の全部または一部を受けたとき、または得るときはその期間と金額	令和 〇〇 年 6 月 30 日まで		22 日間	
			256,000 円		
病院または病院等に入院されたとき	名称および所在地	名古屋市〇〇区××町△番地 東レディースクリニック			
	年月日および期間	令和 〇〇 年 5 月 5 日から		7 日間	
		令和 〇〇 年 5 月 11 日まで			

証 明 者 が 記 入 す る と こ ろ	分 娩 日 に つ い て の 医 師 ま た は 助 産 師 の 意 見			
	分娩年月日	令和 〇〇 年 5 月 5 日	分娩予定日	令和 〇〇 年 5 月 1 日
	生産死産の別	生産・死産（妊娠10ヵ月・40週）	分娩の状態	正常・異常 単胎・多胎
	上記のとおり相違ないことを証明します			
	令和 〇〇 年 5 月 10 日		必ず証明が必要です。	
	医療施設の名称所在地	名古屋市〇〇区××町△番地 東レディースクリニック		
	医師・助産師名	東 三郎		