出産手当金請求書

キッコーマン健康保険組合　　（第　　回）　所属

被保険者	記号	番号	氏名（ふりがな）給付金の受領は事業主に委任します　印	住所
	被保険者資格取得日	年　月　日		
	出産予定日	令和　年　月　日	出産日	令和　年　月　日
	出産のため休んだ期間（法定期間）	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間	休んだ期間のうち、報酬の対象となる日（出勤・年休等）がある場合は記入	
事業主証明	労務に服さなかった期間　及びその期間中において報酬の全部又は一部を支給し、又は支給すべきものである時はその額（添付書類にて証明） 令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間		印 委任を受けた給付金は貴組合との間で定められた方法で受領します。	
	給与の種類	☐ 完全月給　☐ 日給月給　☐ 時給　☐ その他（　）		

キッコーマン健康保険組合 記入欄	法定期間	年　月　日 ～	年　月　日迄		
	給付始期	年　月　日	前回給付	年　月　日迄	

医師　または　助産師　の　証明

出産予定日	令和　年　月　日	出産日	令和　年　月　日
正常分娩又は異常分娩の別	正常　・　異常	生産または死産の別	生産　・　死産（妊娠　週）
出生児の数	単胎　・　多胎（　児）	記載のとおり相違ありません 令和　年　月　日 印	
入院して分娩した時はその期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで		
入院費用の別	健保　自費　公費　その他		