

下記申請にもとづき次のとおり支給額を決定いたしたい。		常務理事	事務長	関係者	担当者
決裁	年 月 日				
健保算定欄	支給金額	¥	資格取得	年 月 日	
	分娩年月日	年 月 日	資格喪失	年 月 日	
	支給期間	年 月 日～年 月 日 日間	標準報酬月額	(千円)	
	入院期間	年 月 日～年 月 日 日間	不支給期間	年 月 日～年 月 日	
	計算欄 (日額¥ )				

## 出産手当金支給申請書

年 月 日

東北電力健康保険組合理事長 殿

下記により申請いたします。

この届出は記入者が内容を確認し作成しています

申請者記入欄	店所	所属	被保険者名	記号	番号	生年月日
	住所	〒				
		TEL				
	分娩年月日	年 月 日	入院期間	月 日～月 日		
	出産のため休んだ期間	年 月 日～年 月 日 日間				
	報酬支払の有無	1. 受けている 2. 受けていない				
事業主記入欄	労務に服さなかった期間	年 月 日～年 月 日 日間				
	上記期間で賃金支払い期間とその額	年 月 日～年 月 日 ¥				
	休業期間中賃金支払いの有無	1. 全部支払った又は予定 2. 一部支払った又は予定 3. 一切支払わない				
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日					
医師記入欄	分娩年月日	年 月 日	分娩予定年月日	年 月 日		
	正常・異常分娩の別	正常 ・ 異常		入院中の保険給付	有 ・ 無	
	出生児の数	単胎 ・ 多胎 ( 児)		生産・死産の別	生産・死産 (妊娠 週)	
	分娩のための入院期間	年 月 日～年 月 日 日間				
	上記のとおり相違ありません。 年 月 日					
	保険医療機関の名称			TEL		
所在地						
医師名						