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					
事業所名称	記号	番号	被保険者名	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
賃金支払期間	年　月　日 ～　年　月　日
支払額	￥
上記のとおり相違ないことを証明します。　年　月　日	
事業者名称 所在地 代表者氏名	

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			

東 北 電 力 健 康 保 険 組 合