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	
◇◆◇◆㈱	× × ×	× × × ×	電力　花子	平成〇〇年△月▽日	
住所	〒 XXX-XXXX □□市▽町X-X-XX　　TEL 〇〇〇－●〇〇-〇〇●●				
分娩年月日	〇 年 〇 月 △ 日	入院期間	〇 月 □ 日 ～ 〇 月 ▼ 日		
出産のため休んだ期間	× 年 × 月 □ 日　～　〇 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	
	日間
	日
代	

勤務先から証明をいただいてください

医師記入欄			
分娩年月日	年　月　日	分娩予定年月日	年　月　日
			週）
分			
			日
保険			
所在			
医師名			

担当の先生または助産師から
証明をいただいてください

東 北 電 力 健 康 保 険 組 合