

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

チェックをお忘れな

令和〇年×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
	◆◆◆◆(株)	□□営業所	電力 花子	× × ×	× × × ×	平成〇〇年△月▽日
	住所	〒 XXX-XXXX		TEL 〇〇〇-●〇〇-〇〇●●		
		□□市▽町X-X-XX				
	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	上	勤務先から証明をいただいでください			
	事 代表				

医師記入欄	分娩年月日	年 月 日	分娩予定年月日	年 月 日
	工	担当の先生または助産師から 証明をいただいでください		
	分			
	保険 所在			
医師名				