

支給決定伺			支給	¥	法第57条	該当・不該当	
常務理事	事務長	担当	決定額		資格取得日	年	月 日
予定日通りに出産した場合の《記入例》							等級)
決定年月日	46 : 日本新薬株 4607: 労働組合 4608: NSシェアードサービス 4609: 任意継続者	前回支給	自 年 月 日 至 年 月 日	日間	円 (日額:)	年 月 日	円)

出産手当金請求書 (第 1 回)

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号	46	社員番号	3333	事業所の名称	日本新薬株式会社		
	産休開始日(会社への届出日)							
	出産年月日	令和 2 年 1 月 20 日	出産予定年月日	令和 2 年 1 月 20 日				
	出産のため休んだ期間(支給期間)	令和 1 年 12 月 10 日 から	令和 2 年 3 月 17 日 まで	98 日間				
	産休終了日(出産の日後56日目)							
	上記期間中に報酬を受けましたか、又は受けられますか	<input type="checkbox"/> 受けた <input checked="" type="checkbox"/> 受けられない	<input type="checkbox"/> 受けられる <input type="checkbox"/> 受けられない	報酬を受けた(受けられる)ときはその期間				
資格喪失後6ヶ月以内に産出したとき	被保険者の資格を喪失されている場合のみ記入(会社登録者は記入不要)							
上記のとおり請求致します	産休終了日と同じ日	令和 2 年 3 月 17 日	〒 103 - 0023	住所 東京都中央区日本橋本町3				
	被保険者	氏名	健 保 花 子	TEL (03) 3456 - 7890				
	日本新薬健康保険組合理事長 殿						(自署の場合は押印不要)	

医師又は助産師が意見を書くところ	出産年月日	年 月 日	出産予定年月日	年 月 日	
	正常出産又は異常出産の別	正常・異常	出産した病院等で証明を もらってください		
	入院して産出したときは、その期間				単胎・多胎(児)
	上記のとおり相違ありません。	年 月 日	医療機関所在地		
		医療機関名			
		医師の氏名			

事業主が証明する欄	労務に服さなかった期間	年 月 日 から	日間	左記期間中の報酬について	支給する支給しない
	上記期間中の分として、報酬を全額又は一部支給した場合は、支給する場合は	全額支給の場合	年 月 日 から	日分	円 (月 日支給)
	一部支給の場合	年 月 日 から	日分	円 (月 日支給)	
	上記のとおり相違ないことを証明致します。	年 月	記入不要		
	事業主氏名				

委任欄	本請求に基づく給付金の受領を _____ に委任致します。	受
	年 月 日	付
	被保険者氏名	印

常務	予定日より出産が遅れた場合の《記入例》				日
	例: 予定日より5日遅れたとき				日
					級)
決定年月日	46 : 日本新薬株 4607: 労働組合 4608: NSシェアードサービス 4609: 任意継続者	前回支給 自 年 月 日 至 年 月 日	月 額 (日額:) 支払年月日	年 月 日	円)

出産手当金請求書 (第 1 回)

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号	46	社員番号	3333	事業所の名称	日本新薬株式会社
	産休開始日(会社への届出日)					
	出産年月日	令和 2 年 1 月 25 日	出産予定年月日	令和 2 年 1 月 20 日		
	出産のため休んだ期間(支給期間)	令和 1 年 12 月 10 日 から 令和 2 年 3 月 22 日 まで	103 日間			
	上記期間中に報酬を受けましたか、又は受けられますか	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けられる <input checked="" type="checkbox"/> 受けない <input type="checkbox"/> 受けられない	報酬を受けた(受ける)ときはその期間	産休終了日(出産の日後56日目)	年 月 日 まで	日分
	資格喪失後6ヶ月以内に出産したとき	振込先(本人) 被保険者の資格を喪失されている場合のみ記入(会社登録者は記入不要)				
上記のとおり請求致します。		産休終了日と同じ日	〒 103 - 0023	住所	東京都中央区日本橋本町 3	
		令和 2 年 3 月 22 日	被保険者	氏名	健 保 花 子 (印)	
			氏名	健 保 花 子 (印)	日本新薬健康保険組合理事長 殿 (自署の場合は押印不要)	

医師又は助産師が意見を書くところ	出産年月日	年 月 日	出産予定年月日	年 月 日
	正常出産又は異常出産の別	正	胎児の数	単胎・多胎(児)
	入院して出産したときは、その期間		費用の別	健保・公費 自費・その他
	上記のとおり相違	年 月 日	医療機関所在地	医療機関名
			医師の氏名	(印)

出産した病院等で証明を
もらってください

事業主が証明する欄	労務に服さなかった期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間	左記期間中の報酬について	支給する 支給しない
	上記期間中の分として、報酬を全額又は一部支給した場合は、その期間	全額支給の場合	年 月 日 から 年 月 日 まで	日分	円 (月 日 支給)
	一部支給の場合	年 月 日 から 年 月 日 まで	日分	円 (月 日 支給)	
	上記のとおり相違ないことを証明致します。	年 月	記入不要		事業主氏名 (印)

委任欄	本請求に基づく給付金の受領を _____ に委任致します。	受
	年 月 日 被保険者氏名 (印)	付 印

支給決定例	法第57条	該当、不該当
常務理事	予定日より出産が早かった場合の《記入例》 例: 予定日より10日早かったとき	
決定年月日	46 : 日本新薬株 4607: 労働組合 4608: NSシェアードサービス 4609: 任意継続者	前回支給 自 年 月 日 日 間 月 額 (日額: 円) 支払年月日 年 月 日

出産手当金請求書 (第 1 回)

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号	46	3333	社員番号	事業所の名称	日本新薬株式会社
	出産年月日	令和 2 年 1 月 10 日	産休開始日(会社への届出日)	令和 2 年 1 月 20 日	産休終了日(出産の日後56日目)	
	出産のため休んだ期間(支給期間)	令和 1 年 12 月 10 日から	88 日間	令和 2 年 3 月 7 日まで		
	上記期間中に報酬を受けましたか、又は受けられますか	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けられる	<input checked="" type="checkbox"/> 受けない <input type="checkbox"/> 受けられない	報酬を受けた(受けられる)ときはその期間	年 月 日まで	日分
	資格喪失後6ヶ月以内に産したとき	振替先(本人) 被保険者の資格を喪失されている場合のみ記入(会社籍者は記入不要)				
	上記のとおり請求致します。	産休終了日と同じ日	〒 103 - 0023	住所	東京都中央区日本橋本町 3	
	令和 2 年 3 月 7 日		被保険者	氏名	健 保 花 子 (印)	
				電 (03) 3456 - 7890		
					日本新薬健康保険組合理事長 殿 (自署の場合は押印不要)	

医師又は助産師が意見を書くところ	出産年月日	年 月 日	出産予定年月日	年 月 日		
	正常出産又は異常出産の別	出産した病院等で証明を もらってください			生児の数	単胎・多胎(児)
	入院して産したときは、その期間				院費用の別	健 保 ・ 公 費 自 費 ・ その他
	上記のとおり相違ありません。	年 月 日	医療機関所在地		医療機関名	医師の氏名 (印)

事業主が証明する欄	労務に服さなかった期間	年 月 日 から	日間	左記期間中の報酬について	支給する支給しない
	上記期間中の分として、報酬を全額又は一部支給した場合は支給する場合	全額支給の場合	年 月 日 から 日分	円 (月 日支給)	
		一部支給の場合	年 月 日 から 日分	円 (月 日支給)	
	上記のとおり相違ないことを証明致します。	年 月	記入不要		事業主氏名 (印)

委任欄	本請求に基づく給付金の受領を _____ に委任致します。	受
	年 月 日 被保険者氏名 (印)	付 印