

資格取得日	昭・平・令 年 月 日	資格喪失日	令 年 月 日	支給決議書			
出産日	令 年 月 日	出産予定日	令 年 月 日	常務理事	事務長		扱者
産前	令 / ~ / 日	合計 日	前回支給 期間・回数	令 / ~ / 日			
産後	令 / ~ / 日			日			
今回支給期間	令 / ~ / 日	合計支給回数		回			
標準報酬月額	円	標準報酬日額の2/3	円		備 考	健保受付印	
計算式	円 × 日 = 円						
支給決定額	円	支給 決定日	令 年 月 日				

健康保険 出産手当金請求書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号	番号	勤務事業所			
	住所	〒 - - TEL - -			退院後、自宅以外に滞在する場合はその連絡先 TEL - -	
	出産日	令 年 月 日	出産予定日	令 年 月 日		
	出産のため 休務した期 間	令 年 月 日 から 令 年 月 日 まで	日間	左記休務期間中に 給料の全部又は一 部を受けた期間	令 年 月 日 から 令 年 月 日 まで 日間	
	<p>上記のとおり請求します。</p> <p>なお、本請求に基づく給付金の受領を事業主代理人に委任します。</p> <p style="text-align: center;">請求日 令 年 月 日 被保険者 (請求者) 氏名 ㊟</p> <p>東急百貨店健康保険組合 理事長殿</p>					
<small>被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)</small>						
備考欄						
医 師 又 は 助 産 師 の 証 明 欄	出産年月日	令 年 月 日	出産予定年月日	令 年 月 日		
	出産の状況	正常・異常	生・死産の別	生産・死産(妊娠 ヵ月)		
	出産のため入院 した期間	令 年 月 日 から 令 年 月 日 まで	日間	出生児 の数	単胎 多胎(児)	
	<p>入院費用の別</p> <p>健保・自費 公費・その他</p>					
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">令 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所(所在地) 医療施設名 医師・助産師名 ㊟</p> <p style="text-align: center;">電話 ()</p>						
事 業 主 証 明 欄	労務に服さ なかった期 間	令 年 月 日 から 令 年 月 日 まで	日間	左記期間中 に給料を支 給した期間	令 年 月 日 から 令 年 月 日 まで 日間	全 額 ・ 一 部
	※ 令 年 月 日 退職					
	<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">令 年 月 日</p> <p>事業主代理人の 所在地 名称 氏名 ㊟</p>					

訂正箇所がある場合は、二重線で抹消し訂正印を押印してください。

！退職した方への注意事項！

※給付金の振込みは、退職前事業所経由で行いますので、退職前事業所の事業主証明を受けてください。
その際に振込み方法をご確認ください。