

支給決定	決定伺い	年 月 日			支給額							常務理事
	資格	取得	年 月 日			支給期間	年 月 日から 年 月 日まで					事務長
		喪失	年 月 日				日間					
	前回	始	年 月 日					支給日額	円			
		終	年 月 日									
	分べん日	年 月 日										
	該当条文	104条・106条・108条			一部	年 月 日から 年 月 日まで		理由			担当者	
108条該当支給期間	月 日から 月 日まで	日間	1日 計	円 円	不支給	年 月 日から 年 月 日まで						

健康保険 出産手当金請求書(第 回)

被保険者の記入欄	振込先	銀行 信用金庫 支店 普通(あなた自身の) 口座名義 その他() 当座 カタカナ 口座番号		
	① 被保険者の氏名	② 住所 連絡先	〒 () TEL ()	
	③ 被保険者の記号 番号	④ 事業所の名称		
	分べんのために休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	分べん予定年月日 年 月 日
	上記期間中に、分べん以外で入院したことの有無	※ 有・無	有りの場合はその医療機関の名称・所在地(名称) (所在地)	傷病名 入院期間 月 日～ 月 日

事業主の証明欄	本人の給与の種類	※月給 月給日給 日給 日給月給 その他	本人の業種の種別	給与の締め日	日
	労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	給与の支払日	翌月・当月 日
	上記期間を対象に報酬支払した(する)ことの有無	有・無	事業主の住所(所在地)・氏名(名称)		
	請求の際は、別紙「出勤簿・賃金台帳」を必ず添付してください。		TEL ()		

医師又は助産師の記入欄	分べん年月日	年 月 日	分べん予定年月日	年 月 日	
	正常分べん又は異常分べんの別	正 常 ・ 異 常	生産又は死産の別	生産 ・ 死産(妊娠 ヶ月)	
	出生児の数	単胎 ・ 多胎(児)			
	入院して分べんした場合 その期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	入院費用の別	健保本人 健保家族 国保・自費
	上記のとおり証明します 年 月 日 住 所 病院等の名称 職 名() 氏 名 電 話				

備考	静岡県自動車販売健康保険組合
----	----------------

受 付 印